350.=



El adicto tiene la palabra

El fundamento metapsicológico de las adicciones

Mario Domínguez Alquicira

N
noveduc


EL ADICTO TIENE LA PALABRA.
EL FUNDAMENTO METAPSICOLÓGICO
DE LAS ADICCIONES.
Mario Domínguez Alquicira

Domínguez Alquicira, Mario
El adicto tiene la palabra : el fundamento metapsicológico de las adicciones . - 1a ed. - Buenos Aires : Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2012.
264 p. ; 22,5x15,5 cm. - (Conjunciones / Daniel Horacio Kaplan; 28)

ISBN 978-987-538-332-6

1. Psicoanálisis. 2. Adicciones. I. Título
CDD 150.195

Colección Conjunciones
Corrección de estilo: Viviana Khan
Diagramación: Déborah Glezer
Diseño de tapa: Analía Kaplan

1ª edición, abril de 2012

noveduc libros
© Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico S.R.L.
Av. Corrientes 4345 (C1195AAC) Buenos Aires - Argentina
Tel.: (54 11) 4867-2020 - Fax: (54 11) 4867-0220
E-mail: contacto@noveduc.com / www.noveduc.com

Ediciones Novedades Educativas de México S.A. de C.V.
Instituto Técnico Industrial # 234 (Circuito Interior) Oficina # 2 - Planta Alta
(Ref: Metro Estación Normal) Colonia Agricultura. Deleg. Miguel Hidalgo
México, D. F. - C. P. 11360 - Tel/Fax: 53 96 59 96 / 53 96 60 20
E-mail: novemex@noveduc.com – info@novemex.com.mx

I.S.B.N. Nº 978-987-538-332-6

Queda hecho el depósito que establece la Ley 11.723

Impreso en Argentina - Printed in Argentina

Mario Domínguez Alquicira

El adicto tiene la palabra

El fundamento metapsicológico de las adicciones

N
noveduc
Buenos Aires • México

Índice

Prólogo

¿Cómo transmitir a quien ahora tiene este libro entre sus manos mi propia experiencia de lectura? Más aún: ¿cómo dar, en mi condición de prologuista, una anticipación al nuevo lector para que él mismo produzca ese tiempo en *après coup* que recrea cada lectura? No he tenido que rebuscar demasiado una respuesta. Es el libro mismo el que la ofrece claramente: se trata de un recorrido. En sus páginas fluye ágilmente casi todo lo importante y necesario de leer que se ha publicado sobre el espinoso problema que las adicciones plantean al psicoanálisis.

Son varios los mojones en el vasto recorrido que nuestro colega Mario Domínguez Alquicira nos ofrece: la obra de Freud, ineludible; una inteligente lectura crítica de los "escritos psicoanalíticos clásicos sobre las toxicomanías", por tomar el título ***Ecrits psychanalytiques classiques sur les toxicomanies*** que J. L. Chassaig dio a una obra suya sobre el tema (Editions de l'Association Freudienne Interntionale, France, 1998), hasta los

autores internacionales más recientes. Basta recorrer el generoso listado bibliográfico de las obras y autores que Mario ha tenido en cuenta en su fecundo libro, para quedar enseguida persuadidos de que estamos en compañía de un lector innumerable y actualizado que nos abre todos los caminos. Porque no se trata sólo de autores psicoanalíticos sino además de aquellos que desde la psiquiatría (Moreau de Tours y Jean Delay, por ejemplo), la literatura (Baudelaire, los miembros del *Club des Haschischins* y otros) y hasta la filosofía (Thomas de Quincey, Michel Foucault y Giulia Sissa, por citar sólo a los imprescindibles) han reflexionado sobre las adicciones, algunos incluso narrando sus propias experiencias tóxicas. Mario ordena, clasifica, comenta y repiensa esta multiplicidad, y con ella nos provee de un valioso material para consulta teórica y conceptual, pero al mismo tiempo nos obsequia una experiencia apasionante de lectura. Siguiendo a Alberto Castoldi, autor de *El texto drogado, dos siglos de droga y literatura* (Anaya-Muchnik, Madrid, 1997), podríamos afirmar que el presente texto, al menos en ciertos pasajes como "Las puertas abiertas de la percepción", "Las rutas del éxtasis" y algunos otros del capítulo VI, se despliega ante nosotros como un excitante "texto drogado".

Es sobre todo a lo largo del capítulo III, "El horizonte genealógico", donde el lector encontrará ocasión para familiarizarse con la experiencia de la droga y donde Mario nos transmitirá en palabras de Baudelaire lo que, a mi entender, es la "idea fuerza" de su libro: "Quienes buscan paraísos, habitan infiernos". Algunos pasajes del libro me han resultado por demás interesantes y novedosos, como la investigación sobre la organización íntima de Alcohólicos Anónimos y el sentido humanístico de sus técnicas para la recuperación; la originalidad en el enfoque de la relación personal de Freud con la cocaína, más allá de lo que expone en sus *Escritos sobre la cocaína* y de las reseñas de Ernest Jones sobre su vida y obra o, en el terreno de lo conceptual, la precisión analítica con que despeja la aporía "aparato neuronal-aparato psíquico" en su lectura de un texto tan equívoco como "Proyecto de psicología para neurólogos".

A primera vista, el autor recorre y pone a dialogar diversos enfoques teóricos desde una perspectiva supuestamente neutral, como quien muestra al visitante un amplio panorama visto desde una colina. Pero entre líneas insiste todo el tiempo una posición propia que hace de este recorrido una

auténtica lectura, si por tal entendemos la construcción de un punto de vista personal y el necesario intento de demostración de un conjunto de hipótesis que se pretendan válidas. ¿Qué es entonces lo que define a este recorrido? A mi entender –seguramente en una lectura parcial e intencionada, ya que me detengo en aquellos frecuentes pasajes donde encuentro una innegable comunidad con mis propias ideas sobre el tema–, lo que se establece en el libro es una esencial diferencia entre los enfoques psicodinámicos, refutados por Domínguez Alquicira como una "hermenéutica" aplicada a las adicciones desnudando sus obviedades y falacias, con respecto a lo que se plantea como "la energética freudiana". En palabras del autor: "Tales desarrollos van encaminados en todo momento a desentrañar el fundamento metapsicológico de las adicciones, el tercero de los ejes, el cual debe encontrarse en el modelo económico-energético en contraposición a la explicación tópica y dinámica que las corrientes dominantes en psicoanálisis han desarrollado".

Que el punto de partida del trabajo, como se anuncia, sea la metapsicología freudiana no impide que asistamos al despliegue de todo un trasvase conceptual que articula la "energética", e incluso el supuesto "neurologismo" freudiano del "Proyecto..." con las más actuales teorías del goce, repensadas a partir de aquellos discípulos de Jacques Lacan que han hecho el intento de construir una perspectiva moderna para la comprensión y la clínica de las adicciones. Entonces, a medida que se esfuman nociones tales como síntoma, conflicto, sentido, vinculadas con el funcionamiento simbólico del inconsciente estructurado como un lenguaje, van apareciendo con nitidez aquellas otras más duras, más "a-dictas", si tomamos el término como exclusión de la palabra, tales como repetición, superyó, pulsión de muerte, adhesividad libidinal, compulsión, que sumergen el tratamiento del problema en el abismo del ello, donde, en palabras de Lacan, "se revela lo insondable del ser".

En este casi inaccesible registro, el autor encuentra cómo plantear la cuestión del "síntoma en las adicciones" diferenciándolo del "síntoma como formación del inconsciente", dejando además a la vista que el descuido de una diferencia tal, ha sido la trampa de todos los planteos psicodinámicos cuando hacen de las adicciones el producto y resultado de un conflicto psíquico en el campo del sentido. Tal diferencia, rescatada de

Freud (y reencontrada por Mario en una conferencia de Jacques Alain-Miller) consiste en la oposición entre el síntoma como *Sinn* (sentido simbólico) y otro modo del sentido del síntoma como *Bedeutung* que implica su dimensión pulsional. En el primero encontramos el síntoma que habla, más bien grita como ha dicho Lacan, y en el segundo, esa zona muda del síntoma que denuncia su conexión con lo real y con la muerte. Diferencia esencial cuando se trata de las toxicomanías, ya que el síntoma como *Sinn* supone al sujeto del inconsciente, mientras que el síntoma como *Bedeutung* reconoce la *afánisis*, más bien arrasamiento del sujeto del inconsciente y de su semblante imaginario como subjetividad. Es el punto donde la "sed de absoluto" (así se denomina un apartado del capítulo VI) deja entrever la cara obscena y feroz del superyó en su faz mortífera.

Que el sujeto ocupe tan poco lugar en el mecanismo de la adicción, no implica de ninguna manera que debamos suponer la causa en el campo del objeto, es decir en las propiedades químicas de las drogas, evidencia engañosa donde confluyen tanto el organicismo científico como el prejuicio popular. "Existe el cerebro y también existe el inconsciente", nos dice Mario evitando el pensamiento metafísico de la unicidad del sujeto.

En el capítulo IV, "El horizonte epistemológico", Mario se adentra en la difícil cuestión de la causa, desechando totalmente el adjudicarla tanto al poder adictivo de las sustancias, que algunas sin duda lo tienen pero no explican la adicción, como a una cierta tipología "adictógena" supuesta al sujeto. Sin cometer el error de pretender dilucidar la causa última de la adicción, el autor dedica su esfuerzo a un trabajo totalmente psicoanalítico: tratar de aclarar los mecanismos inconscientes que intervienen en el fenómeno, a expensas del sujeto mismo. Y por esta vía reencuentra el pensamiento freudo-lacaniano mejor atestiguado: en el origen de la adicción está la sexualidad, es decir, el modo en que el goce se tramita en cada sujeto, ordenado en una serie que va desde la satisfacción por "cortocircuito" de la intoxicación, a las formas normalizadas del goce fálico. Las adicciones así entramadas con lo real, y por lo tanto extraídas de la implicación subjetiva, de la unidad del ser y de la ilusión de los paraísos artificiales, no dejan lugar a otra concepción que las de ser un recurso contra el dolor del trauma; un goce, sí, pero goce negativo (¡vaya paradoja!), ya que ese goce de la droga no consiste en otra cosa más que en la eficacia real de un *pharmakon* poderoso que protege contra el dolor de la carencia del objeto de goce, es decir: la castración. Y regresamos, por qué no, a la sencilla pero penetrante definición de Freud en *El malestar en la cultura* de la intoxicación como "quitapenas".

Este libro no se propone incursionar directamente en el tema de la clínica de las adicciones. Sin embargo, en sus recorridos finales, y apoyado en autores actuales, deja planteadas, aunque sin desplegar, las principales ideas directrices sobre el tratamiento de las adicciones, las ajenas y las propias. Esto es: el manejo de la transferencia, la orientación de la pulsión hacia los caminos de su transformación y la experiencia de la recuperación de un deseo singular con el recurso del lenguaje. El encuentro con este libro también ha sido para mí un encuentro con el modo de pensar y producir allende las fronteras de nuestra "patria psicoanalítica" en Argentina. Porque si bien Mario ha consultado todo lo que se produce en la Argentina y en Francia desde la orientación lacaniana, no deja de recurrir a autores muy valiosos del área latinoamericana, sobre todo de su propio país, México, desconocidos para mí hasta hoy.

Agradezco, por lo tanto, a Mario no sólo la distinción que implica ser invitado a prologar su libro cuando aún no me conocía personalmente y sólo a través de mis propias publicaciones –que es, creo, el mejor cimiento para una transferencia de trabajo genuina– sino también el haberme aportado, con su discurso, con su recorrido y con referencias bibliográficas en parte diferentes a las mías propias, la posibilidad de verificar la hermandad intelectual que nos une a los psicoanalistas de nuestro continente cuando más allá de nuestras verdades "locales" tratamos de transmitir lo que el psicoanálisis nos enseña.

Héctor López
Buenos Aires, Argentina

Capítulo 1

Introducción. Adictologia y psicoanálisis: un debate impostergable

Existen dos posiciones distintas que, lejos de oponerse, se complementan: el psicoanálisis y el estudio científico de las adicciones. Hasta ahora ha tratado de mantenérseles como dos entidades contrapuestas e inconciliables; esto debido quizá a que históricamente han permanecido hasta cierto punto divorciadas, aun cuando han mantenido estrechas relaciones desde sus orígenes. La vinculación entre una y otra se ha caracterizado por ser siempre problemática, plagada, entre otras cosas, de imprecisiones terminológicas y malos entendidos. Este modo de proceder no ha arrojado luz en el diálogo adictología-psicoanálisis; por el contrario, ha sido fuente de numerosos prejuicios.

Los postulados freudianos no han permanecido inalterados a través del tiempo, sino que han sufrido una serie de variaciones. Puede resultar, por tanto, muy engañoso enfocar en forma desprevenida la literatura psicoanalítica, no sólo cuando se pasa de un autor a otro, sino dentro de Freud

mismo, ya que en los distintos momentos de su teorización, los conceptos fueron retocados y desplazados de lugar, una y otra vez (Laplanche, 1969-70).

Con frecuencia se suele caer en el error de considerar que las únicas aportaciones que el psicoanálisis ha hecho al estudio de las adicciones fueron las correspondientes a su etapa inicial. Esta visión simplista no es exclusiva de uno u otro campo, ya que ambos han llegado a adoptar, en ciertos momentos, posiciones extremas y recalcitrantes. Por ejemplo, se ha llegado a caer en el reduccionismo más radical que supone que para el psicoanálisis todo remite a fijaciones orales, conflictos edípicos no resueltos y traumas inconscientes; cuando en realidad, tal como explica Velasco (2000: 24), "no existen fórmulas psicodinámicas fijas, como tampoco hay una personalidad típica, cuyos impulsos inconscientes expliquen la predisposición a desarrollar una farmacodependencia".

Actualmente, con los nuevos y variados rumbos que ha tomado el psicoanálisis, se ha podido enfocar el problema de las adicciones desde otros ángulos y perspectivas. Ya no sólo se lo ve como una mera cuestión que concierne a defectos, fallas o perturbaciones en el desarrollo libidinal, sino que abarca un panorama mucho más amplio que linda incluso con el territorio de otras entidades nosológicas –distintas a la neurosis–, como el de la psicosis y el de los estados fronterizos.

Freud (1905) se ocupó relativamente del problema de las adicciones refiriéndose sobre todo a su papel en el devenir del desarrollo psicosexual, concibiendo a la dipsomanía –o compulsión de beber– como una fuente de satisfacción sexual en aquellos sujetos para quienes el valor erógeno de la zona oral se veía constitucionalmente reforzado. Nunca dedicó un estudio donde detallara amplia y minuciosamente sus reflexiones sobre el alcoholismo y la adicción a otras drogas (con excepción de sus escritos sobre la cocaína, que, como se verá, apuntan hacia otra dirección).

También es preciso subrayar que la relación entre adictología y psicoanálisis ha dado lugar, en algunos aspectos, a interpretaciones exacerbadas de la concepción freudiana. Por ejemplo, algunos de los primeros discípulos de Freud que se interesaron por estos problemas, como el psicoanalista alemán Karl Abraham (1908), llegaron al extremo de afirmar que el consumo excesivo de alcohol reconoce, en su base, una homosexualidad

reprimida. Esta formulación emitida en un escrito que lleva por título "Las relaciones psicológicas entre la sexualidad y el alcoholismo" es tributaria de los innumerables tabúes existentes en aquella época acerca de las relaciones entre el alcohol y la sexualidad.

A la luz de los conocimientos actuales estas teorías resultan insostenibles, puesto que el mismo psicoanálisis cuenta ya con nuevos presupuestos epistemológicos que quebrantan este tipo de aseveraciones. De ahí que para algunos investigadores de nuestros días no sea necesario conceder especial importancia a teorías psicodinámicas como ésta (Velasco; 1977, 1980).

Existe una gran cantidad de modelos teóricos que tratan de explicar por qué razón alguien utiliza drogas y puede llegar a convertirse en adicto. Pero, en general, la idea que se tiene acerca del enfoque psicoanalítico y de cómo éste explica el proceso de la adicción, se reduce a un pequeño número de fórmulas simples y bastante esquemáticas. He aquí algunas de ellas:

- Se ha hablado de "pansexualismo" para caracterizar la teoría freudiana, término polémico que se traduce y explicita en esta formulación: todo en psicoanálisis se reduce a la sexualidad.
- Se sigue diciendo que el psicoanálisis es un método de investigación científica cuyo objetivo último es hacer consciente lo inconsciente. Por otra parte, se tiene la idea de que la adicción es el síntoma de un conflicto intrapsíquico subyacente (como puede ser el caso de un complejo edípico no resuelto), así como también un producto de una fijación en la etapa oral del desarrollo libidinal. De este modo se concluye que una vez resuelto el conflicto intrapsíquico, la conducta adictiva desaparece (vía *insight*).
- Suele decirse que el alcohólico es un individuo pasivo-dependiente –esto es, de carácter oral–, a consecuencia de lo cual el alcoholismo no sería más que la no superación de una etapa del desarrollo psicosexual.
- La mayor parte de la literatura psicoanalítica disponible sobre alcoholismo se centra en el hecho de que los adictos al alcohol consumen con el fin de sedar la angustia de castración, así como para aliviar los sentimientos de culpa, alcanzar una sensación de poder que les permita vencer un sentimiento de inferioridad, aumentar la estima personal y elevar el estado de ánimo, para neutralizar la función superyoica o para dirigir hacia sí mismos sus tendencias destructivas.

En general, se corre el riesgo de hacer un uso mecánico, estereotipado y dogmático del sistema conceptual freudiano, lo que no es más que una de las formas que adopta el hegemonismo psicoanalítico tendiente a hacer del psicoanálisis una psicología universal. En consecuencia, el psicoanálisis se ha visto frecuentemente reducido a una hermenéutica simple que sólo reconoce, tras los síntomas y patologías, fijaciones orales, complejos de castración y edipos inconclusos. Cabe aclarar que no toda psicoterapia es psicoanálisis, ni tan siquiera cualquier psicoterapia dinámica puede pretender serlo. Al mismo tiempo, el psicoanálisis no es un *corpus* teórico ya acabado, incapaz de admitir desarrollos con sus consiguientes innovaciones. De ahí que la riqueza de esta doctrina radique justamente en la existencia de diferentes perspectivas, corrientes de pensamiento y diversificaciones metodológicas. Más que de *un* psicoanálisis habría que hablar quizá de *los* psicoanálisis. Además, no debe perderse de vista que, de lo que Freud conceptualizó (teoría) y practicó (praxis), a lo que hoy en día se teoriza y practica, puede haber una gran diferencia. Estas diferencias insoslayables tienen que ver –más allá de las diferencias individuales siempre reconocidas en psicoanálisis– con las idiosincrasias de cada medio cultural en que se practica. De ahí que Páramo Ortega (1989) haya enunciado la tesis de que el uso del término psicoanálisis requiere un adjetivo que designe el país concreto en el que se encuentra, cuya historia engendra la producción de determinados desarrollos teóricos ligados, consecuentemente, al nombre de ciertos autores. Con todo, hoy en día, inevitablemente se protegen bajo el nombre generoso de psicoanálisis, todo tipo de eclecticismos y de adaptaciones a los valores reinantes. En otras palabras, la disputa por la herencia freudiana sigue en pie.

Lo que en este libro se intenta postular es, en primer lugar, la necesidad de superar la oposición psicoanálisis-adictología, ya que la dicotomía radical de ambos enfoques, en cuanto pretenden una absolutización excluyente, en lugar de reconocer sus respectivas limitaciones y mutua complementariedad, tiende a conducir –por ambas partes– a una estéril disquisición encerrada en sí misma. Es tiempo, pues, de iniciar un fructífero debate capaz de ampliar y expandir los puntos de demarcación existentes entre ambos campos del saber.

Se pretende, además, hacer una lectura genealógica y epistemológica en cuanto a las condiciones históricas a partir de las cuales se gestaron y configuraron estos dos cuerpos teóricos; desentrañando y poniendo en evidencia sus puntos de confluencia y divergencia, sus fronteras y territorios comunes, siempre poniendo énfasis en la necesidad de hacer una atenta y detenida lectura del texto freudiano en contraposición a las lecturas sesgadas y parciales que a menudo se han venido haciendo.

En su mayoría, los estudios psicoanalíticos encaminados a la comprensión de las manifestaciones adictivas se han centrado en encontrar los mecanismos psíquicos subyacentes a la conducta adictiva, así como también en la comprensión psicodinámica de la personalidad adicta, lo cual ha dado lugar a verdaderas tipologías o "retratos de adictos", que sólo han conseguido reducir el aporte freudiano a descripciones fenomenológicas y clasificaciones estereotipadas. Ante ese hecho, nuestro texto se propone también rescatar el potencial derivativo de los conceptos analíticos y la inteligencia interna de los modelos topológico, dinámico y económico –sobre todo este último– para hallar tras de ellos el fundamento metapsicológico de la adicción.

Mucho se ha hablado ya de las complicaciones técnicas derivadas de la aplicación del método psicoanalítico al tratamiento de los pacientes adictos, razón por la cual el presente trabajo no pretende continuar con esa polémica, sobre todo sabiendo que el tratamiento de las adicciones se ha transformado en un campo de batalla de las diferentes corrientes de pensamiento de psicología y psicopatología, que han venido disputándose la primacía de los procedimientos técnicos más apropiados para abordar los cuadros adictivos. En todo caso, se intenta realizar aquí un análisis de lo que caracteriza a los abordajes psicoanalíticos en el tratamiento de la adicción, a fin de dilucidar y denunciar el empleo dogmático de las nociones y categorías psicoanalíticas en que algunos de ellos suelen caer.

El propósito de esta publicación radica entonces y, principalmente, en confrontar los discursos del psicoanálisis y la adictología, a fin de verificar la validez epistemológica de uno y otro campo. Los ejes rectores a partir de los cuales se genera tal confrontación son tres, a saber: el genealógico, el epistemológico y el metapsicológico. El primero de ellos plantea una in-

vestigación de las condiciones de posibilidad, los orígenes, los métodos y los fundamentos de los saberes psicoanalítico y "adictológico". El eje epistemológico problematiza el campo conceptual y nosográfico inmanente a ambos cuerpos de hipótesis e indaga en su formación, modos de relación, evolución y proceso de constitución. Tales desarrollos van encaminados, en todo momento, a desentrañar el fundamento metapsicológico de las adicciones –el tercero de los ejes–, mismo que debe encontrarse en el modelo económico-energético en contraposición a la explicación tópica y dinámica que las corrientes dominantes en psicoanálisis han desarrollado.

Se trata, en suma, de romper ortodoxias y abrir nuevos caminos que conduzcan a establecer conexiones y realizar articulaciones entre esos elementos sueltos (psicoanálisis y adictología), así como entre la metapsicología freudiana y las conceptualizaciones neuroquímicas actuales.

Esto permite situar ya, desde esta introducción, los supuestos epistémicos a comprobar y demostrar en esta investigación:

1. La adictología y el psicoanálisis no son dos campos teóricos separados; es posible encontrar en ellos un punto de intersección capaz de articularlos.
2. Sigmund Freud, el creador del psicoanálisis, es también uno de los fundadores de la psicofarmacología.
3. Freud se encuentra inserto en una trama genealógica y es producto de la episteme de su tiempo.
4. Existe un fundamento metapsicológico de las adicciones, centrado esencialmente en la dimensión económica del aparato psíquico.
5. El fundamento metapsicológico de las adicciones no estaría, en rigor, en abierta contradicción con los últimos descubrimientos de la neurofisiología.
6. Las adicciones son un trastorno del lenguaje.
7. Es posible establecer una teoría metapsicológica de la memoria/amnesia, a partir de la cual pueda concebirse a las adicciones como una "supresión tóxica" de la memoria.

Capítulo II

Breve historia y evolución de los conceptos psicoanalíticos sobre adicciones

Antes de entrar de lleno al rastreo histórico de la teoría psicoanalítica de las adicciones, es necesario advertir que ya se han realizado serios estudios que intentan dar cuenta del aporte que la literatura psicoanalítica ha hecho al respecto. Uno de ellos es el ineludible artículo titulado "Psicopatología de la drogadicción y el alcoholismo", que el psicoanalista inglés Herbert Rosenfeld escribió en 1964 y que publicó un año después en su libro "Estados psicóticos". Es allí donde emprendió una revisión crítica de la producción psicoanalítica temprana sobre el tema, a fin de correlacionar los hallazgos que los numerosos analistas habían conseguido. Siguiendo la línea abierta por Rosenfeld, Eduardo Kalina y Santiago Kovadloff (1987) realizaron una aproximación histórico-evolutiva a la significación dinámica de los aspectos individuales de la adicción. Más recientemente, el psicoanalista argentino Héctor López (2003), llevó a cabo un trabajo de investigación bibliográfica que, aunque limitado, se apropia

de un método particular que, más que retomar, repetir, recorrer, aislar o compilar lo que los diversos autores han dicho sobre el tema, aspira a seguir construyendo una doctrina psicoanalítica de las adicciones –a partir de lo trabajado por Freud, Lacan y los "autores clásicos"– y tratando de verificar su validez. Planteó, asimismo, una argumentación propia sobre los fundamentos inconscientes y los mecanismos específicos de las adicciones. El siguiente recorrido teórico, se propone recoger muchas de estas formulaciones sobre la dinámica de la adicción, contribuciones que, aunque distintas, resultan coincidentes en más de un aspecto.

Las primeras teorías psicodinámicas sobre las adicciones surgieron incluso antes de que se declarara formalmente inaugurado el psicoanálisis a partir de la implementación del método de la asociación libre en 1898. Se atribuye al neurólogo norteamericano George Miller Beard, quien era considerado el mayor especialista en neurastenia, la primera concepción genuinamente psicodinámica del alcoholismo al enunciar en 1869 la hipótesis de que a cada cual le está dada una mayor o menor cantidad de energía nerviosa, cuyo déficit se vería compensado en los sujetos más débiles –considerados neurasténicos– por el recurso del alcohol (Cerclé, 1998). Beard no había sido sólo el "inventor" del término *neurastenia*, propuesto en 1879, sino también uno de los primeros en tratar de comprender (en *Neurasthenia as a Cause of Inebriety*, aparecido ese mismo año) las razones de la propagación masiva del alcoholismo en el siglo XIX, reconociendo en este fenómeno un recurso al que recurría el enfermo para luchar contra el desequilibrio energético neurasténico (Morel, 1983). En ese sentido, más adelante veremos el modo en que Freud usaba la cocaína como un remedio casi perfecto contra sus momentos de neurastenia, es decir, sus estados de debilidad psíquica. Esto dará pie también, en sus *Escritos sobre la cocaína*, al desarrollo del punto de vista energético que remite directamente al problema económico de las adicciones que se abordará en el apartado VI de la presente obra.

En Francia, Pierre Janet incluyó el alcoholismo en la categoría de las astenias intermediarias y de las sociales, derivadas ambas de sus trabajos psicológicos. Janet, fue discípulo de Jean-Martin Charcot, quien le sugirió estudiar medicina para ampliar su formación filosófica inicial y poder construir una psicología de utilidad médica; asimismo, creó para él el laboratorio de psicología experimental de la Salpêtrière y dirigió su tesis doctoral en medicina titulada "Contribución al estudio de accidentes mentales de las histéricas", presentada en 1893 (Pérez-Rincón, 1998). Freud, su contemporáneo y enemigo personal, discreparía seriamente con él respecto a una de sus ideas principales: la del "estrechamiento anormal del campo de la conciencia", producto, a su vez, de una "degeneración hereditaria" que daría lugar a un debilitamiento en el yo, quedando así afectado, en los histéricos, de "estigmas psíquicos".

Por su parte, el higienista suizo August Forel fundó una liga antialcohólica llamada la Orden de los Buenos Templarios. En el tratamiento de los alcohólicos, Forel dejó atrás las tesis organicistas y comprendió que, en el ámbito psíquico, la eficacia terapéutica está en función de la calidad de la relación médico-paciente. Su interés por la hipnosis lo llevó a visitar a Hippolyte Bernheim en Nancy hacia 1887 –dos años antes de que lo hiciera Freud– para probar y adoptar su método (contrapuesto al de la Escuela de la Salpêtrière). Bajo la dirección de Theodor Meynert, Forel preparó su tesis en medicina convirtiéndose luego en director de la prestigiosa Clínica del Burghölzli, que más tarde quedaría a cargo de Eugen Bleuler, el iniciador de la nueva psiquiatría del siglo XX. Fue ahí donde aplicaría el método hipnótico al personal de atención y no a los pacientes (Ellenberger, 1970; Roudinesco y Plon, 1997). A propósito de Bleuler es preciso recordar que fue uno de los primeros psiquiatras en aplicar el psicoanálisis a la teoría y el tratamiento de las psicosis. Alumno de Kraepelin, de Forel y de Charcot, Bleuler se interesó tempranamente en las enseñanzas de Freud con quien luego rompiera, sin por ello sustraerse del todo a su influencia. En su libro "Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias", texto clásico que modificó totalmente la concepción de dicha enfermedad, su autor clasificó a la dipsomanía dentro de la categoría de los síndromes agudos, estados transitorios de varias clases que, en su mayoría han sido considerados psicosis independientes y designados con diversos nombres. "En cuanto concierne a la bebida –señala Bleuler–, [los esquizofrénicos] comprenden en cierto grado sus dificultades. Si no están muy seriamente enfermos, tomarán inclusive bellas resoluciones de no beber nunca más. Pero de tanto en tanto, padecen estados de tensión y ansiedad que los inducen a obtener alcohol, por cualquier medio, hasta que después

de unos pocos días de copiosa bebida se los encuentra yaciendo en alguna parte, completamente exhaustos" (Bleuler, 1911: 239).

Pero fue Freud quien arrojó las primeras consideraciones, de auténtico valor psicoanalítico, y sentó las bases para alcanzar una comprensión intrapsíquica de las adicciones. Una de sus primeras reflexiones al respecto proponía que la masturbación constituía el único gran hábito, la adicción primordial, y que "las otras adicciones sólo cobraban vida como sustitutos y relevos de aquella" (Freud, 1897: 314). En los años que siguieron, Freud dejó de lado este abordaje del problema de la adicción y sólo lo tocó de pasada en un artículo titulado "La sexualidad en la etiología de las neurosis" (1898). No obstante, luego de un prolongado intervalo, lo volvió a formular en su trabajo "Dostoievski y el parricidio" (1928), donde vierte una de las reflexiones psicológicas pioneras y más profundas sobre el juego como adicción fatal. Interpretará esta dependencia como una vía de autocastigo respecto de la antigua compulsión onanista. El comportamiento adictivo reactualiza, según él, un conflicto en torno a la masturbación, de ahí su función de autocastigo y esa conducta apasionada y absurda del sujeto que lo conduce a perderlo todo. Esto en virtud de que el juego, como la adicción a las drogas, es siempre un ir a los extremos.

Preocupado por el tratamiento de los trastornos adictivos y continuando con el interés de otros médicos que intentaban aplicar al adicto los diversos métodos terapéuticos de la época, Freud llegó a decir en "Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)" (1890) que el procedimiento terapéutico hipnótico podría servir para el desarraigo de hábitos patológicos tales como la adicción al alcohol y a la morfina. Y aunque los resultados de la sugestión hipnótica fueron decepcionantes, hoy podemos comprender la posición de Freud, si tomamos en consideración el momento epistemológico por el que atravesaba.

Posteriormente, los primeros psicoanalistas se sumaron a la indagación del problema para ofrecer sus propias interpretaciones, nunca del todo divergentes de las ya delineadas por su maestro (sobre todo en lo concerniente al carácter oral-dependiente, primario y regresivo de la conducta adictiva). Así, como lo habíamos mencionado, Abraham (op. cit.) examinó las relaciones psicológicas entre la sexualidad y el alcoholismo, sugiriendo que el alcohol actúa sobre la libido, al suprimir las resistencias y aumentar

la actividad sexual, no sólo de tipo heterosexual "normal" sino también "perverso", tal como la escoptofilia, el exhibicionismo, el voyeurismo, el sadismo y el masoquismo. Es por eso que bajo la influencia del alcohol, los componentes homosexuales que habían sido reprimidos y sublimados por la educación, se exteriorizan de un modo por demás evidente. Años más tarde, Sandor Rado –quien, por cierto, fuera su paciente en Berlín– arrojará nueva luz sobre el problema de la relación entre la homosexualidad y la adicción.

La tesis central de Abraham en este escrito es que el efecto del alcohol suspende, suprime o debilita los sentimientos de repugnancia, vergüenza o asco que de ordinario el individuo tiene hacia la persona de su mismo sexo. Esto es debido al incremento de la actividad sexual normal generada por la reaparición de los impulsos sexuales reprimidos, lo que provoca a su vez la sensación de una mayor capacidad sexual. El alcohol actúa, entonces, como un estímulo del complejo de masculinidad. Dice este autor: "Cuando los hombres beben, se besan y se acarician mutuamente sus cuellos; se sienten unidos por lazos especialmente estrechos, [...] Cuando están sobrios, esos mismos hombres dirán de una tal conducta que es afeminada". En pocas palabras, para Abraham, en toda cantina hay un elemento de homosexualidad. Pero si el alcohol proporciona al hombre un exaltado sentimiento de hombría y virilidad, esta afición puede llegar a convertirse en crónica, y en el borracho consuetudinario todos los sentimientos delicados que deben su origen a la sublimación están destruidos.

El alcohol demuestra ser un "falso amigo" cuando aparecen las consecuencias de su uso continuado, como la impotencia sexual; no obstante, el bebedor no reconocerá el fraude ni abandonará su botella. Abraham hizo una analogía entre esta conducta y ciertas perversiones sexuales en las que un estímulo sexual, que normalmente hubiera servido como introducción al coito, es puesto en su lugar. Los alcohólicos, como los perversos, pierden la capacidad para la actividad sexual normal. El alcohólico se encuentra en lo que Freud llamó "fijaciones de metas sexuales provisionales" en la medida en que sólo persigue la excitación de los sentimientos sexuales que la sustancia le prodiga. Asimismo, Abraham estableció un parangón entre el alcoholismo y las perversiones sexuales al dilucidar las resistencias y mecanismos de defensa que el paciente alcohólico presenta

de unos pocos días de copiosa bebida se los encuentra yaciendo en alguna parte, completamente exhaustos” (Bleuler, 1911: 239).

Pero fue Freud quien arrojó las primeras consideraciones, de auténtico valor psicoanalítico, y sentó las bases para alcanzar una comprensión intrapsíquica de las adicciones. Una de sus primeras reflexiones al respecto proponía que la masturbación constituía el único gran hábito, la adicción primordial, y que “las otras adicciones sólo cobraban vida como sustitutos y relevos de aquella” (Freud, 1897: 314). En los años que siguieron, Freud dejó de lado este abordaje del problema de la adicción y sólo lo tocó de pasada en un artículo titulado “La sexualidad en la etiología de las neurosis” (1898). No obstante, luego de un prolongado intervalo, lo volvió a formular en su trabajo “Dostoievski y el parricidio” (1928), donde vierte una de las reflexiones psicológicas pioneras y más profundas sobre el juego como adicción fatal. Interpretará esta dependencia como una vía de autocastigo respecto de la antigua compulsión onanista. El comportamiento adictivo reactualiza, según él, un conflicto en torno a la masturbación, de ahí su función de autocastigo y esa conducta apasionada y absurda del sujeto que lo conduce a perderlo todo. Esto en virtud de que el juego, como la adicción a las drogas, es siempre un ir a los extremos.

Preocupado por el tratamiento de los trastornos adictivos y continuando con el interés de otros médicos que intentaban aplicar al adicto los diversos métodos terapéuticos de la época, Freud llegó a decir en “Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)” (1890) que el procedimiento terapéutico hipnótico podría servir para el desarraigo de hábitos patológicos tales como la adicción al alcohol y a la morfina. Y aunque los resultados de la sugestión hipnótica fueron decepcionantes, hoy podemos comprender la posición de Freud, si tomamos en consideración el momento epistemológico por el que atravesaba.

Posteriormente, los primeros psicoanalistas se sumaron a la indagación del problema para ofrecer sus propias interpretaciones, nunca del todo divergentes de las ya delineadas por su maestro (sobre todo en lo concerniente al carácter oral-dependiente, primario y regresivo de la conducta adictiva). Así, como lo habíamos mencionado, Abraham (op. cit.) examinó las relaciones psicológicas entre la sexualidad y el alcoholismo, sugiriendo que el alcohol actúa sobre la libido, al suprimir las resistencias y aumentar

la actividad sexual, no sólo de tipo heterosexual “normal” sino también “perverso”, tal como la escoptofilia, el exhibicionismo, el voyeurismo, el sadismo y el masoquismo. Es por eso que bajo la influencia del alcohol, los componentes homosexuales que habían sido reprimidos y sublimados por la educación, se exteriorizan de un modo por demás evidente. Años más tarde, Sandor Rado –quien, por cierto, fuera su paciente en Berlín– arrojará nueva luz sobre el problema de la relación entre la homosexualidad y la adicción.

La tesis central de Abraham en este escrito es que el efecto del alcohol suspende, suprime o debilita los sentimientos de repugnancia, vergüenza o asco que de ordinario el individuo tiene hacia la persona de su mismo sexo. Esto es debido al incremento de la actividad sexual normal generada por la reaparición de los impulsos sexuales reprimidos, lo que provoca a su vez la sensación de una mayor capacidad sexual. El alcohol actúa, entonces, como un estímulo del complejo de masculinidad. Dice este autor: “Cuando los hombres beben, se besan y se acarician mutuamente sus cuellos; se sienten unidos por lazos especialmente estrechos, […] Cuando están sobrios, esos mismos hombres dirán de una tal conducta que es afeminada”. En pocas palabras, para Abraham, en toda cantina hay un elemento de homosexualidad. Pero si el alcohol proporciona al hombre un exaltado sentimiento de hombría y virilidad, esta afición puede llegar a convertirse en crónica, y en el borracho consuetudinario todos los sentimientos delicados que deben su origen a la sublimación están destruidos.

El alcohol demuestra ser un “falso amigo” cuando aparecen las consecuencias de su uso continuado, como la impotencia sexual; no obstante, el bebedor no reconocerá el fraude ni abandonará su botella. Abraham hizo una analogía entre esta conducta y ciertas perversiones sexuales en las que un estímulo sexual, que normalmente hubiera servido como introducción al coito, es puesto en su lugar. Los alcohólicos, como los perversos, pierden la capacidad para la actividad sexual normal. El alcohólico se encuentra en lo que Freud llamó “fijaciones de metas sexuales provisionales” en la medida en que sólo persigue la excitación de los sentimientos sexuales que la sustancia le prodiga. Asimismo, Abraham estableció un parangón entre el alcoholismo y las perversiones sexuales al dilucidar las resistencias y mecanismos de defensa que el paciente alcohólico presenta

en análisis. Refiriéndose sobre todo a la negación, planteó que el bebedor lucha para proteger su alcoholismo por los mismos motivos que el neurótico encubre sus síntomas, equiparando así la actividad alcohólica con la actividad sexual. A estas alturas podemos observar claramente la postura teórica de Abraham, para quien el alcoholismo cae dentro del terreno de las perversiones.

En este trabajo es notoria la influencia de Freud sobre su discípulo, especialmente del texto que el primero había publicado poco antes: “Tres ensayos de teoría sexual”, donde el concepto de *inversión*, entendido como desviación con respecto al objeto sexual, abre el primer ensayo consagrado a las aberraciones sexuales. En Abraham impera también un cierto prejuicio moralista que asocia intoxicación alcohólica con libertinaje y criminalidad, idea que aún prevalece en algunos autores. De este modo, considera que el alcohol no perdona ni siquiera a la sublimación fundante de la cultura, que convierte los deseos sexuales consanguíneos en sentimientos de respeto y amor filial. Consecuentemente, afirmó que el alcohol derriba las barreras del incesto para entronarse como vehículo privilegiado del placer. Esto conlleva un problema, ya que si el alcohol se erige como un medio para obtener placer sin intermediarios, el bebedor pronto prescinde de las mujeres para dedicarse al consumo de alcohol. Luego desplaza sus sentimientos de culpa sobre su esposa, acusándola de serle infiel. Es así como este autor interpreta el mecanismo de los celos del dipsómano, cuya causa le es atribuida a un sentimiento de disminución de la potencia por parte del sujeto.

Abraham hizo también un interesante análisis psicológico de los mitos y leyendas en donde los brebajes alcohólicos, que suscitan además excitación sexual, equivalen al semen. Esta identificación entre intoxicación y excitación sexual fue vista por él como fundamental en las costumbres de los pueblos y culturas desde los tiempos primitivos. Pero quizá uno de sus máximos aportes en este incipiente escrito haya sido el de reconocer la utilidad del método psicoanalítico, tal como fuera desarrollado por Freud, en los casos de alcoholismo y de otras formas de adicción, así como el de ponderar la importancia del factor individual o psicológico, hasta entonces descuidado en la etiología del alcoholismo.

Luego, en un artículo fechado en 1916 que lleva por título “La primera etapa pregenital de la libido”, resaltó la importancia que tiene la voracidad en el proceso adictivo. A propósito de la conducta de los pacientes que sufren de anormales sensaciones de hambre, dijo que es muy similar a la de los morfinómanos y a la de muchos dipsómanos que, al no ver satisfechos sus deseos, caen víctimas de indescriptibles tormentos. De acuerdo con Abraham, el síntoma de la excesiva y compulsiva ingestión de alimentos debe explicarse del mismo modo que el del consumo inmoderado de alcohol, a saber, como una gratificación sustitutiva de aquella actividad de la libido que le está negada al paciente; con la única salvedad de que en el primer caso se trata de comida y, en el segundo, de una sustancia intoxicante.

En el mismo escrito sobre la etapa “oral” (o “canibalística”), en donde Abraham trata la dependencia a los medicamentos y el efecto “sugestivo” que éstos causan, señaló que los neuróticos deprimidos o excitados son a menudo favorablemente influidos, aunque de forma transitoria, por el solo hecho de ingerir medicamentos, aun cuando ellos no posean una acción sedante. Atribuyó este efecto sugestivo a la función que cumple el frasco de medicina de proveer a la boca del paciente algo capaz de despertarle ecos de sus primeras experiencias placenteras.

En su trabajo “Papel de la homosexualidad en la patogenia de la paranoia” (1911), Sándor Ferenczi ubicó al alcoholismo como consecuencia de la neurosis (no como su causa) y apuntaló la tesis que sostiene que los deseos homosexuales inconscientes subyacen al alcoholismo. Para esto, se sirvió de un caso de paranoia alcohólica con delirio de celos en el que un sujeto (marido de una sirvienta suya) reñía, insultaba y golpeaba a su mujer sin causa aparente por considerar que ella le era infiel. El mismo Ferenczi (patrón de ambos) jugaba un papel central en su delirio, pues era el principal objeto de los celos. Partiendo de la hipótesis –ya formulada por Freud– de que en la paranoia se trata de la reaparición de la homosexualidad, hasta entonces sublimada, en la que el yo se defiende a través del mecanismo de la proyección, el psicoanalista húngaro interpretó que los celos que este alcohólico crónico sentía por los hombres no eran sino la proyección de su propio atractivo erótico por éstos.

En ese mismo año de 1911, Ferenczi publicó un segundo artículo ("El alcohol y las neurosis") en respuesta a las críticas que el primero mereció por parte de Bleuler. En la correspondencia mantenida entre Freud y Ferenczi (1914-1916) se registra también la concepción que este último sustentaba acerca de la adicción al alcohol y a la cocaína. Por ese entonces, Ferenczi consideraba que la predilección que los paranoicos latentes tenían por las drogas se debía a la satisfacción que éstas le prodigaban, consistente en sensaciones placenteras *pasivas* de fecundación y de embarazo.

Sobre el vínculo alcohol-homosexualidad existe otra referencia digna de ser mencionada: en el diario que Lou Andreas-Salomé escribiera de 1912 a 1913 durante su estancia en Viena se consigna una conversación con quien fuera su amante, Víctor Tausk –brillante discípulo de Freud que se quitó la vida a los cuarenta años–, en la que se remarca el poder desinhibidor del alcohol y se establece la diferencia entre la supuesta homosexualidad del alcohólico y la homosexualidad *auténtica*, consistente no tanto en una falta de inclinación hacia el sexo opuesto sino en un deseo de afirmarse en el contacto con un semejante, de descubrir un placer en sí mismo.

Otro discípulo de Freud que se interesaría por el nexo entre homosexualidad y alcoholismo fue Wilhelm Stekel, quien por cierto realizó con el venerado maestro un breve análisis para tratar su impotencia sexual y su compulsión patológica a la masturbación. En el capítulo "Homosexualidad y alcohol" de su libro *Onanismo y homosexualidad* opinaba que entre los estados capaces de hacer desaparecer las inhibiciones y suprimir todo control, se encontraban los episodios de intoxicación con alcohol. Observó que, durante la embriaguez, aquellos hombres que jamás habían pensado en la homosexualidad podían llegar a cometer delitos homosexuales, inconcebibles en estado de sobriedad. Tal como si el alcohol soltara las ataduras con que la conciencia sujeta los impulsos sádicos. Dirá, entonces: "El alcohol es una llave que todo lo abre". Así, al aflorar el temible sadismo, hasta entonces reprimido, el hombre civilizado se transformaría en criminal.

En respaldo de sus hipótesis, Stekel citó numerosos casos de colegas suyos en que este componente de bisexualidad se hace presente; aunque

también reconoció que no siempre sucede así, sobre todo cuando la censura y las prohibiciones son mucho más fuertes que el alcohol.

Stekel observó que la necesidad de embriagarse es la consecuencia de la insatisfacción de un instinto. "Entre los alcoholistas, morfinómanos y cocainómanos, encontramos siempre sujetos intensamente parafílicos y bisexuales, que han reprimido uno de los componentes de su instinto sexual. Cualquier observador avezado hará la misma comprobación en los homosexuales que, desde mi punto de vista, son también individuos bisexuales con un componente heterosexual reprimido" (Stekel, 1920: 318). En su opinión, el hecho de que los homosexuales, hallándose bajo los efectos del alcohol, puedan comportarse como heterosexuales, es una prueba de su bisexualidad, una demostración de que han reprimido el componente heterosexual de su instinto.

Algo digno de resaltar es que para Stekel, en la etiología de la narcotomanía –a la que dedicó un capítulo en el tomo VI de su magna obra *Desórdenes del instinto y del afecto*– siempre es dable encontrar raíces psíquicas; es decir, que más que consecuencia, la neurosis (o parapatía, como él la llama) es el origen de la dipsomanía. Incluso reconoció en la base del *delirium trémens* y de otras formas de paralogías (modo en que se refiere a enfermedades como la demencia alucinatoria y la psicosis alcohólica) un importante conflicto psíquico, del cual no han reparado investigadores de la talla de Kraepelin o Korsakov. De este modo, concibe a la embriaguez como un estado hipnótico de origen tóxico que permite vivir fantasías prohibidas o severamente rechazadas por la conciencia. En pocas palabras: el sueño es a Freud lo que la intoxicación a Stekel.

La preeminencia del componente psíquico explica también que, para este psicoanalista, sea ridículo someter a la desintoxicación a aquellos enfermos con una fuerte propensión al empleo de narcóticos, prescindiendo del análisis. Esto en virtud de que sólo dicha técnica es capaz de desentrañar las causas de la narcotomanía, poniendo en evidencia el juego oculto de las fuerzas anímicas. Consideraba, por tanto, que la analítica es la única terapéutica posible de la dipsomanía y de la narcotomanía y sostenía que, a la vez que analítico, el tratamiento debía ser pedagógico para hacer que el enfermo conozca sus conflictos y supere los impulsos abiertamente. Esta

En ese mismo año de 1911, Ferenczi publicó un segundo artículo ("El alcohol y las neurosis") en respuesta a las críticas que el primero mereció por parte de Bleuler. En la correspondencia mantenida entre Freud y Ferenczi (1914-1916) se registra también la concepción que este último sustentaba acerca de la adicción al alcohol y a la cocaína. Por ese entonces, Ferenczi consideraba que la predilección que los paranoicos latentes tenían por las drogas se debía a la satisfacción que éstas le prodigaban, consistente en sensaciones placenteras *pasivas* de fecundación y de embarazo.

Sobre el vínculo alcohol-homosexualidad existe otra referencia digna de ser mencionada: en el diario que Lou Andreas-Salomé escribiera de 1912 a 1913 durante su estancia en Viena se consigna una conversación con quien fuera su amante, Víctor Tausk –brillante discípulo de Freud que se quitó la vida a los cuarenta años–, en la que se remarca el poder desinhibidor del alcohol y se establece la diferencia entre la supuesta homosexualidad del alcohólico y la homosexualidad *auténtica*, consistente no tanto en una falta de inclinación hacia el sexo opuesto sino en un deseo de afirmarse en el contacto con un semejante, de descubrir un placer en sí mismo.

Otro discípulo de Freud que se interesaría por el nexo entre homosexualidad y alcoholismo fue Wilhelm Stekel, quien por cierto realizó con el venerado maestro un breve análisis para tratar su impotencia sexual y su compulsión patológica a la masturbación. En el capítulo "Homosexualidad y alcohol" de su libro *Onanismo y homosexualidad* opinaba que entre los estados capaces de hacer desaparecer las inhibiciones y suprimir todo control, se encontraban los episodios de intoxicación con alcohol. Observó que, durante la embriaguez, aquellos hombres que jamás habían pensado en la homosexualidad podían llegar a cometer delitos homosexuales, inconcebibles en estado de sobriedad. Tal como si el alcohol soltara las ataduras con que la conciencia sujeta los impulsos sádicos. Dirá, entonces: "El alcohol es una llave que todo lo abre". Así, al aflorar el temible sadismo, hasta entonces reprimido, el hombre civilizado se transformaría en criminal.

En respaldo de sus hipótesis, Stekel citó numerosos casos de colegas suyos en que este componente de bisexualidad se hace presente; aunque

también reconoció que no siempre sucede así, sobre todo cuando la censura y las prohibiciones son mucho más fuertes que el alcohol.

Stekel observó que la necesidad de embriagarse es la consecuencia de la insatisfacción de un instinto. "Entre los alcoholistas, morfinómanos y cocainómanos, encontramos siempre sujetos intensamente parafílicos y bisexuales, que han reprimido uno de los componentes de su instinto sexual. Cualquier observador avezado hará la misma comprobación en los homosexuales que, desde mi punto de vista, son también individuos bisexuales con un componente heterosexual reprimido" (Stekel, 1920: 318). En su opinión, el hecho de que los homosexuales, hallándose bajo los efectos del alcohol, puedan comportarse como heterosexuales, es una prueba de su bisexualidad, una demostración de que han reprimido el componente heterosexual de su instinto.

Algo digno de resaltar es que para Stekel, en la etiología de la narcotomanía –a la que dedicó un capítulo en el tomo VI de su magna obra *Desórdenes del instinto y del afecto*– siempre es dable encontrar raíces psíquicas; es decir, que más que consecuencia, la neurosis (o parapatía, como él la llama) es el origen de la dipsomanía. Incluso reconoció en la base del *delirium trémens* y de otras formas de paralogías (modo en que se refiere a enfermedades como la demencia alucinatoria y la psicosis alcohólica) un importante conflicto psíquico, del cual no han reparado investigadores de la talla de Kraepelin o Korsakov. De este modo, concibe a la embriaguez como un estado hipnótico de origen tóxico que permite vivir fantasías prohibidas o severamente rechazadas por la conciencia. En pocas palabras: el sueño es a Freud lo que la intoxicación a Stekel.

La preeminencia del componente psíquico explica también que, para este psicoanalista, sea ridículo someter a la desintoxicación a aquellos enfermos con una fuerte propensión al empleo de narcóticos, prescindiendo del análisis. Esto en virtud de que sólo dicha técnica es capaz de desentrañar las causas de la narcotomanía, poniendo en evidencia el juego oculto de las fuerzas anímicas. Consideraba, por tanto, que la analítica es la única terapéutica posible de la dipsomanía y de la narcotomanía y sostenía que, a la vez que analítico, el tratamiento debía ser pedagógico para hacer que el enfermo conozca sus conflictos y supere los impulsos abiertamente. Esta

cura milagrosa no consiste, como es fácil observar, en otra cosa que en hacer consciente lo inconsciente.

Otto Juliusburger (1913, en Rosenfeld, op. cit.), psicoanalista norteamericano, atribuyó el deseo de intoxicarse a una necesidad de perder por completo la conciencia individual, poniendo el acento en la tendencia suicida del adicto. Pierce Clark (1919, en Rosenfeld, op. cit.) examinó las relaciones existentes entre el alcoholismo y la depresión, pero quien otorgó todavía mayor peso a la depresión en el alcoholismo fue Kielholz (citado en Rosenfeld, op. cit.), que lo consideró como una neurosis narcisista relacionada con la psicosis maníaco-depresiva. Las aportaciones de este autor a la psicopatología del alcoholismo se extienden incluso al terreno del tratamiento, sobre lo cual indicó que para que éste fuese efectivo era imperativa una abstinencia total de la droga. Asimismo, planteó que había una profunda disociación entre el ideal del yo y el yo, que generaba una liberación incontrolada de los impulsos autodestructivos (capaces de conducir al suicidio).

El austríaco Alfred Adler, primer gran disidente de la historia del movimiento psicoanalítico, atribuyó la etiopatogénesis del alcoholismo a intensos sentimientos de inferioridad relacionados con la inseguridad y con una tendencia a eludir las responsabilidades y obligaciones. A su parecer, las personas inseguras y carentes de confianza en sí mismas recurren a afectos como la cólera para el logro del objetivo de la superioridad, siendo el alcohol uno de los factores que facilitan considerablemente este tipo de arrebatos. Consideraba además que el principal efecto del alcohol era el de debilitar o suprimir las barreras culturales: "Un hombre envenenado por el alcohol se comporta como si nunca hubiera tenido que ver con la cultura. Pierde el autodominio, el respeto a los demás y expresa lo que cuando está libre de los efectos del alcohol le cuesta trabajo dominar y ocultar; su animosidad hacia los otros se expresa en este estado sin trabas de ningún género. No es ninguna coincidencia fortuita el que las personas que no armonizan bien con la vida sean precisamente las que recurran al alcohol, en el que encuentran consuelo y olvido, buscando también una justificación para lo que hubieran querido lograr, pero que creen que no pueden" (Adler: 213).

Al referirse a los rasgos psicológicos de los toxicómanos, en su libro *El sentido de la vida*, afirmó que incluso el fumar excesivamente y el hábito de tomar café, muy a menudo, caracterizan un estado de ánimo de indecisión y desaliento. En todos los casos de toxicomanía el fracaso puede ser atribuido, según él, al "vicio insuperable", tanto en lo relativo a las relaciones sociales como a la profesión o al amor. Mencionó, igualmente, que el movimiento de rehuir a cualquier problema de la vida (que en la psicosis, en el suicidio, en la criminalidad inveterada y en la perversión se da de modo total), es parcial en el alcoholismo y en las demás toxicomanías. De hecho, uno de los enfoques psicodinámicos acerca de la adicción es la teoría de la autoestima propuesta por la psicología individual de Adler. La mencionada teoría considera la autoestima como el mayor mecanismo psicodinámico que subyace en todo uso y abuso de drogas.

Schlider (citado en Elizondo; 1985, 2000), por su parte, aseveró que lo primordial es la degradación de que fueron víctimas los alcohólicos en su infancia por parte de sus padres, lo que les genera una profunda inseguridad. Los efectos farmacológicos del alcohol le sirven para mitigar ese sentimiento de inutilidad e inadaptación y esto, a su vez, provoca la necesidad psicológica de beber, acto que restituye la seguridad y la aceptación. Zimberg (1978, en Elizondo, op. cit.) añadió que el alcohol induce farmacológicamente sentimientos artificiales de poder, omnipotencia e invulnerabilidad, que no corresponden a la realidad y que surgen de una necesidad compensatoria de grandeza llamada "grandiosidad reactiva". La culpa, desesperación y fracaso sobrevienen después de un episodio de ingesta, lo que intensifica la desvaloración de sí mismo y perpetúa el conflicto en un círculo vicioso de espiral descendente progresiva.

Siguiendo esta línea, Aramoni (1961) vinculó el machismo con el consumo de alcohol. Para este analista, discípulo de Erich Fromm, el sentimiento de inferioridad y la angustia desaparecen como por encanto, aunque en forma transitoria, con la ingestión de alcohol. Éste "frecuentemente agrava la destructividad del hombre [...]; disminuye la autocrítica, entorpece el juicio o lo nulifica, desinhibe en forma peligrosa, 'paranoidiza' el curso del pensamiento, creando lo que el paranoico tiene durante su 'normalidad habitual': hipertrofia total de sí como individuo, atributos

enormes de hombría, poder, riqueza, belleza, fuerza; en otras palabras, lo convierte en 'macho' extraordinario" (Aramoni, 1961: 294). Según este autor, el alcohol no tiene cabida en las personas con una conciencia moral rígida y firmemente estructurada, pues son capaces de tolerar la frustración y la ansiedad. El alcohol, en tanto calmante de la ansiedad, sería entonces un recurso utilizado sólo por los individuos de conciencia moral elástica y estructura moral laxa.

En su trabajo "Los efectos psíquicos de los intoxicantes: un intento de desarrollar una teoría psicoanalítica de los deseos morbosos" (1926), el psicoanalista norteamericano Sandor Rado subrayó la predisposición a la adicción y enunció la hipótesis según la cual aun en los casos de adicción en los que la droga no se ingiere por la boca, las expresiones psíquicas del erotismo oral se ponen siempre de manifiesto. Existe, según él, un "aparato de placer autoerótico" representado en toda la personalidad mental del adicto, donde el yo queda totalmente a expensas del ello. Supone además que existe un "orgasmo alimentario" en el lactante que constituye la culminación de la actividad nutricia, y que se revive en la adicción a las drogas; en ese sentido el orgasmo farmacotóxico es una nueva edición del orgasmo alimentario. El carácter oral alcohólico estaría definido, para él, como una conducta regresiva que señala la nostalgia de un orgasmo alimentario y la búsqueda insaciable de un placer más "farmacogénico" que sexual. "[Este] nuevo tipo de gratificación erótica rivaliza con los modos naturales de satisfacción sexual" (Rado, op. cit: 38). Como en un "corto circuito", todo el aparato sexual periférico es dejado a un lado, permitiendo a los estímulos excitantes operar directamente sobre el órgano central, fenómeno al que Rado denominó "metaerotismo". Este estado se refiere entonces a la forma de sustituir la gratificación sexual genital por la farmacotóxica, lo cual constituye un violento ataque contra la organización sexual biológica y acarrea graves consecuencias tanto psíquicas como somáticas. Por eso –dice él– "cuando el hombre descubrió el orgasmo farmacotóxico le hizo una mala pasada a la biología" (Rado, op. cit: 47). En el orgasmo farmacogénico se cumple además la descarga de toda excitación sexual de un modo análogo a como ocurre en el onanismo infantil.

Rado comparó el proceso de devastación mental en el adicto, con ciertos rasgos de las fases finales de la esquizofrenia. Pero sobre todo estableció

las semejanzas de la manía y de la melancolía en relación con el estado de intoxicación y con el de depresión subsecuente, en donde la intoxicación se vincularía a la omnipotencia y a la realización mágica de deseos. Exaltación del yo triunfante comparable a la observada durante los estados maníacos, que daría luego paso a la depresión y, en consecuencia, a una renovada necesidad de intoxicación, convirtiéndose así en un proceso cíclico caracterizado por los reencuentros mágicos y los extravíos ulteriores. A dicha perturbación Rado le llamó "farmacotimia" (*pharmacothymia*), entendida como el deseo "morboso" de intoxicación, es decir, el impulso psíquico causante de la adicción. Este concepto combina además las significaciones de "deseo de drogas" y "anhelo de magia". La introducción de nuevos términos realizada por este autor se justifica por el hecho de que intenta abarcar una amplia gama de fenómenos hasta entonces poco examinados por el psicoanálisis.

Hacia 1933, en su texto "El psicoanálisis de la farmacotimia", subrayó la importancia de la disposición narcisista del adicto y localizó en el origen de la adicción una alteración emotiva llamada "depresión tensa" que se caracteriza por un elevado nivel de intolerancia al dolor, de modo tal que el uso de la droga produciría un notable alivio. La depresión tensa –o depresión inicial– sensibilizaría entonces al usuario de drogas para el efecto farmacogénico placentero, mismo que estaría al servicio del principio de placer. La exaltación farmacogénica que se produce –entendida como la reacción del yo ante el efecto placentero– tiene un papel esencial en el desarrollo de una farmacotimia. De ahí que un adicto pueda definirse como un individuo que se ha entregado al *régimen farmacotímico* dejando de lado el *régimen realista*. Si se quisiera resumir el planteamiento teórico de Rado en una fórmula, ésta sería: "ante la depresión: adicción", tanto más cuanto que el régimen farmacotímico se interesa sólo por la depresión y su único modo de encararla es la administración de la droga. El yo se entrega entonces al oscuro poder masoquista de la pulsión de muerte para resguardar su narcisismo. Lo que las drogas le confieren, en cambio, es una inflación sin valor del narcisismo, impidiéndole percatarse de su autodestrucción, debido a que la exaltación ha reactivado la creencia en su invulnerabilidad. Merced a esta ilusión, el paciente cree que *nada* puede sucederle. La *crisis farmacotímica* sobreviene cuando la exaltación ya no

sucede a la depresión, fenómeno que viene precedido por otro: el del "retorno disminuido" en términos de exaltación; es decir, la "adquisición de tolerancia". Para contribuir al esclarecimiento *psicológico* de dicho problema, Rado decía tener la certeza de que éste se debe al temor del paciente de que la droga sea ineficaz. Y agregaba que frente a la *crisis farmacotímica* hay tres maneras de salir: la fuga a un intervalo libre (mediante el sometimiento a una cura terapéutica de privación), el suicidio (máxima obra del masoquismo autodestructor) y la psicosis.

A su entender, la homosexualidad del adicto –a la que ya habían hecho alusión Abraham, Tausk y Stekel– se desarrolla bajo la influencia del masoquismo, mismo que debe ser visto como un fenómeno pasivo-femenino. En el pensamiento infantil arcaico, la ingestión de drogas equivale a una fecundación oral, por lo que una vez que la farmacotimia paraliza la virilidad del yo, se genera como compromiso el deseo de quedar embarazado para sobreponerse así al menoscabo que recibe el narcisismo genital. "Es como si el yo, preocupado por el órgano genital masculino, se dijera: 'Consuélate. Estás obteniendo un nuevo genital'" (Rado, op. cit: 83). Los episodios psicóticos hallarían del mismo modo su explicación: las alucinaciones y los delirios terribles en los que el paciente se cree perseguido o amenazado, en especial con el peligro de castración o de ataques sexuales, son fantasías que satisfacen los deseos masoquistas. El yo de placer narcisístico desea el *placer* sin dolor, por lo que ofrece oposición a este "placer doloroso". Pero ¿cómo protegerse de la invasión masoquista si la privación de la droga lo ha despojado de su exaltación? La respuesta de Rado es: proyectando los deseos masoquistas latentes y convirtiéndolos en fantasías manifiestas terroríficas. De esa forma, el peligro proviene de afuera y no de adentro, pudiéndolo combatir en la alucinación psicótica. En este punto surge esta otra pregunta: ¿de dónde viene la orgía masoquista que se ensaña contra el yo y que se manifiesta a través de los síntomas físicos debidos a la abstinencia? Está relacionada con una poderosa reacción de la conciencia; es el sentimiento de culpa que se desencadena por haber desdeñado por completo las exigencias de la realidad. Dicho en términos económicos: en la intoxicación, el ello devasta con su libido al yo, lo que hace a éste sustraerse de la realidad; luego, en la abstinencia, las tendencias agresivas ligadas al superyó arremeten contra él, de modo tal que la tensión inconsciente de la conciencia se intensifica, implicando una gran necesidad de castigo. En consecuencia, el yo queda totalmente debilitado y empobrecido (es decir, deprimido), siendo cada vez más limitada y restringida su libertad de acción. Se ve entonces obligado a procurarse alivio mediante la droga, instaurándose así el ***régimen farmacotímico*** que trae consigo un círculo vicioso.

En 1958, Rado puso de relieve la omnipotencia narcisista del adicto que encuentra en el efecto placentero del fármaco el cumplimiento de su anhelo por una ayuda milagrosa. Distinguió tres grupos en que estarían incluidas las adicciones: el psiconeurótico o maníaco-depresivo, el esquizofrénico y el psicopático. Sugirió que para iniciar el tratamiento, era primordial la abstinencia del consumo, preferentemente en un establecimiento especializado que contara con apoyo psicoterapéutico; y además señaló que, en términos generales, el pronóstico de la adicción era reservado.

En su intento por buscar una orientación metapsicológica, Rado fue el primer psicoanalista en señalar explícitamente que las drogas se emplean como coraza contra el dolor. A decir de él, dichas sustancias ofrecen ayuda y gratificación a quienes las consumen, de lo cual se desprende su efecto analgésico (sedante, hipnótico, narcótico) o estimulante (productor de euforia). Al dilucidar el primero de estos dos modos de funcionamiento, Rado abordó el problema del dolor en general (de un modo más analítico que farmacológico). Asimismo, vinculó el proceso continuo de regresión y deterioro en las adicciones con una amplia descomposición de los instintos y la liberación del componente destructivo; enunció también que a causa de estas fuerzas destructoras, las organizaciones y diferenciaciones mentales más altas han sido desechadas. Es así que, para este autor, el adicto arroja por la borda, desde el inicio, todas las consideraciones legales y morales, alejándose del principio de realidad y acercándose a la ciega obediencia del instinto. Este prejuicio moralista de Rado, consistente en homologar al adicto crónico con el animal, será heredado por ciertos analistas de generaciones posteriores. Al identificar la tendencia autoagresiva del adicto con la bestialidad, Rado llega al extremo de afirmar que **"el adicto a drogas perece como resultado de la desintegración psíquica debida a su metaerotismo, precisamente como algunos animales inferiores perecen como resultado de su actividad sexual natural" (Rado, op. cit:**

42). En este punto vendría muy bien citar al filósofo mexicano Samuel Ramos (1934): "Todas las ideas y regímenes políticos que pretenden convertir al hombre en un animal de rebaño, anulando su libertad; toda concepción materialista que considere al hombre como a un ser puramente instintivo, explicando sus funciones psíquicas como efecto de necesidades biológicas, ya sean sexuales, alimenticias o de poder, son fuerzas que propenden hacia la infrahumanidad". Y es que, con sus palabras, Rado parece estar apostando a la exclusión del adicto de todo orden social y cultural (como ya lo había hecho Adler al referirse al alcohólico como un ser anticultural).

Ernst Simmel (citado en Rosenfeld, op. cit.), psicoanalista norteamericano que efectuó una cantidad considerable de contribuciones a la psicopatología y al tratamiento de las adicciones entre 1928 y 1949, sugirió en 1928 que los adictos sufren de neurosis narcisista de tipo maníaco-depresivo, de la que se defienden utilizando mecanismos propios de la neurosis obsesiva. A su parecer, la acción de la droga recae fundamentalmente en el superyó que, al quedar disuelto por una sustancia, cesa de efectuar demandas. Simmel coincidió con los puntos de vista de Abraham y Kielholz acerca de la frecuencia de las perversiones (incesto, homosexualidad, escoptofilia, exhibicionismo, sadismo y masoquismo) entre los adictos. Para él, el adicto se encuentra básicamente afectado de melancolía, en contra de la cual la droga le sirve de defensa al producir una "manía artificial".

En el año 1949 examinó los efectos que el alcohol ejerce sobre el yo y sobre el superyó, confirmando así la importancia de los impulsos agresivos y su relación con la perturbación maníaco-depresiva. Centró su interés en establecer si la desintegración del yo se produce como causa o como consecuencia del consumo reiterado de alcohol, llegando a la conclusión de que la estructura y la dinámica del alcoholismo son las mismas para cualquier otro tipo de adicción. Como la mayoría, Simmel enfatizó la oralidad de los adictos, los cuales reemplazan las relaciones objetales por el odio, expresado en términos de devorar y destruir el objeto. El adicto sólo consigue relaciones objetales pseudolibidinales y su único objeto externo real pasa a ser la droga o el alcohol. Simmel sugirió que la conducta del bebedor crónico constituye un homicidio y un suicidio también crónico. Realizó, asimismo, varias apreciaciones sobre el cambio en la estructura de

carácter de los adictos. Conclusiones que fueron producto del amplio número de casos observados en el sanatorio psicoanalítico que estableció en Berlín, en Schloss Tegel –uno de los principales centros de introducción de los métodos freudianos en el tratamiento de las adicciones, las psicosis y las neurosis graves–, donde todo el personal contaba con formación analítica (Roudinesco y Plon, op. cit.).

Simmel utilizaba el tratamiento en sanatorio, especialmente en los casos de adicción, porque pensaba que era más fácil contrarrestar las tendencias autodestructivas de los adictos bajo estas condiciones que cuando se los trataba como pacientes externos. Además, comprendió que el ambiente del sanatorio podía, en sí mismo, proveer suficiente gratificación como para que el adicto lograra abandonar su adicción. Simmel era consciente también de la importancia que tiene para el adicto contar con el analista durante la fase de desintoxicación. Tampoco ignoraba que algunos pacientes utilizaban el sanatorio como un refugio y como un tipo de existencia intrauterina, una situación que por lo general desaparecía espontáneamente con el análisis, pero que en otros casos podía transformarse en una fuente de resistencia.

Su artículo más extenso sobre el problema de la adicción, "Alcoholismo y Adicción", quedó inconcluso a su muerte; no obstante, se publicó póstumamente en 1948. El mismo incluye la recomendación de que se brinde atención hospitalaria al adicto durante el curso de su tratamiento analítico y que se le ofrezca terapia ocupacional para ayudarle a descargar las tendencias agresivas y destructivas. Propuso allí la fundación de pequeñas unidades hospitalarias en las ciudades, donde pudiera ubicarse temporalmente a los alcohólicos, con atención y supervisión adecuadas. Al final del artículo se explica que algunos de los principios de Alcohólicos Anónimos concuerdan con los descubrimientos psicoanalíticos (Peck, 1968).

De su amplia experiencia en diferentes centros de tratamiento, especialmente en el de Schloss Tegel, Simmel pudo distinguir cuatro clases de bebedores crónicos: el social, el reactivo, el neurótico y el adicto propiamente dicho. En todas estas clases de consumo, el alcohol se emplea como una forma de balancear un precario equilibrio mental, defendiendo al yo del impacto de las circunstancias externas (en las dos primeras) y de la amenaza de los conflictos intrapsíquicos (en las dos últimas) (López, op. cit.).

El psicoanalista inglés Edward Glover (1928, en Cerclé, op. cit.) asoció el "sadismo anal" con la "pasión oral del alcohólico", pero no fue sino hasta 1932 que realizó su aporte más detallado acerca del problema de la adicción. En su extenso trabajo "On the aetiology of drug-addiction" el término "adicción" (ampliamente utilizado en la actualidad, sobre todo en el vocabulario psiquiátrico y psicoanalítico) hizo su aparición oficial como concepto en un artículo psicoanalítico en lengua inglesa. Glover examinó críticamente el desarrollo histórico del abordaje psicoanalítico de las adicciones llevando a cabo una comparación detallada entre los trabajos de Melanie Klein y los de Abraham, van Ophhuijsen, Kielholz, Feigenbaum, Fenichel, entre otros. Destacó, por ejemplo, la imposibilidad de sostener la relación de la adicción a drogas con una etiología libidinal que considerara sólo la regresión a la oralidad y a la homosexualidad. Hablar de "fijación" en la etapa oral del desarrollo, le resultaba simplista, vago e impreciso; antes bien, consideraba necesario prestar mayor atención a la progresión de los instintos y considerar que los estados psicopatológicos constituyen una exageración de estados normales en el dominio de la ansiedad. Dirigió su atención a la relación existente entre la adicción a las drogas, los estados psicóticos, las neurosis obsesivas y las peculiaridades neuróticas de carácter. Como otros, enfatizó la función defensiva y protectora de la adicción contra las reacciones psicóticas características de los estados regresivos, añadiendo que, en realidad, una adicción en una persona con características depresivas puede constituir el sustituto (y la salvaguardia) contra el suicidio.

Para él no era posible hallar una explicación adecuada de la adicción que no supusiese la existencia de una serie de situaciones edípicas nucleares y arcaicas. Distinguió tres tipos básicos de adicción: las debidas a una homosexualidad inconsciente reforzada, las de organización ciclotímica y las de tipo paranoide. A propósito de estas últimas, sugirió la estrecha ligazón entre las adicciones y los estados paranoides, aporte de suma originalidad considerando la alta incidencia clínica de ideas persecutorias y delirios de celos en ciertos casos de adicción. Dedicado a la rehabilitación de adictos y delincuentes, Glover llegó a ser en 1963 presidente del comité científico del gran Instituto de Criminología de Londres (Roudinesco y Plon, op. cit.). En Berlín, llevó a cabo un análisis didáctico con Abraham, y llegó a

ser íntimo amigo de Ella Sharpe, Ernst Simmel, Karen Horney, Hanns Sachs, Franz Alexander, Rudolph Loewenstein y, posteriormente, Melanie Klein, cuyo sistema de pensamiento criticó después de haberse adherido un tiempo a él (Wahl, 1968).

Otro autor que contribuyó con varios artículos a la comprensión de la dinámica del tratamiento del alcoholismo, fue Robert P. Knight (en Rosenfeld, op. cit.), quien sostuvo que más que una enfermedad, el alcoholismo es un síntoma. Sugirió que las pautas repetitivas de placer oral que recibe el niño de una madre gratificante, hacen que aquél no desarrolle un autocontrol óptimo de sus necesidades, lo que da lugar a una respuesta impulsiva de enojo y frustración cuando se ve privado de algo. Es así que los efectos farmacológicos del alcohol son usados para reparar de un modo masoquista dicha frustración.

Detectó también que durante el período de ingesta prolongada, el paciente entra en un estado psicótico temporal con rasgos paranoides y esquizoides. Destacó que la llamada "técnica psicoanalítica ortodoxa" no puede ser mantenida con los alcohólicos por la dificultad que éstos presentan para tolerar su austeridad y neutralidad. Al comparar al paciente alcohólico con el esquizofrénico, encontró similitudes relacionadas con la hipersensibilidad producida en ambos ante cualquier indicio de indiferencia por parte del analista, quien debe, por tanto, conducirse de modo más activo y participativo durante el tratamiento.

Llegados a este punto, se hace necesario aclarar que el problema para determinar las indicaciones y contraindicaciones del procedimiento psicoanalítico sigue vigente. Aún en la actualidad hay analistas que opinan que los pacientes adictos son de analizabilidad cuestionable (Nacht, 1971; Greenson, 1976). Knight fue, sin embargo, uno de los primeros analistas en hacer referencia a las múltiples dificultades técnicas que surgen en el tratamiento de adictos al alcohol y a otras drogas. Antes que él, Freud había señalado que el psicoanálisis está contraindicado como tratamiento para los adictos a la cocaína cuya conducta, al verse modificada por la acción del fármaco, deja de ser simplemente "neurótica". En el otro extremo, Ferenczi (op. cit.) era de la idea de que, tanto en el individuo como en la sociedad, el alcoholismo sólo podía curarse con la ayuda del psicoanálisis, que descubre y neutraliza las *causas* que empujan a la droga. Señalaba igual-

mente que cuando se abandona o se priva del alcohol, el psiquismo halla abiertos muchos caminos para refugiarse en la enfermedad. Ante la falta de alcohol, los neuróticos pasarían del alcoholismo a otro síntoma aún más grave (como la histeria de angustia o la demencia precoz), por lo que –dice Ferenczi– "hay que lamentar la energía derrochada para luchar contra el alcoholismo, con buena voluntad, sin duda, pero con una óptica errónea".

Bergler (1944, en Rosenfeld, op. cit.) enfatizó la importancia de los factores orales tempranos en la adicción al alcohol, sugiriendo que el destete fue experimentado por el alcohólico como una "malicia", razón por la cual estos pacientes construyen venganzas contra sus enemigos imaginarios. Para este autor, el beber compulsivo puede ser considerado como un intento de reparación o autocuración. En un escrito temprano, Lacan (1938) puso el acento en el trauma (huella permanente) que el destete deja en el psiquismo humano. Consideró que una de las contingencias operatorias que el mismo comporta es, justamente, la toxicomanía por vía oral –entre otras tantas posibles como son la anorexia mental y la neurosis gástrica. En caso de ser rechazado, el destete en tanto traumático será repetido tardíamente por el sujeto adicto mediante la ingestión compulsiva del tóxico como un intento de reestablecer o reencontrar la imago materna. El destete, a su vez, es la reedición de un desprendimiento anterior, más penoso y de mayor amplitud vital aún: el que separa en el nacimiento al niño de la matriz, corte prematuro en el que se origina un malestar que ningún cuidado materno puede compensar.

Como es fácil comprender, para el Lacan de "La familia", los procesos de incorporación y destete, cumplen una función vital en la adicción; el aspirar, inhalar, chupar, ingerir, etcétera, son experiencias infantiles que se reactúan en las adicciones a diversos fármacos. La imago del seno materno domina toda la vida del hombre; no obstante, al no poder ser sublimada, esta imago, beneficiosa en un principio, se convierte en un factor de muerte. El destete otorga a la tendencia psíquica a la muerte (vivida por el hombre como objeto de un apetito) una forma original revelada en los suicidios caracterizados como "no violentos", entre los que se encuentra el envenenamiento lento de algunas toxicomanías por vía bucal. Llama la atención que el término francés *sevrage*, que significa desintoxicación, tenga una segunda acepción: la de destete.

El psicoanalista austríaco, Otto Fenichel (1945), examinó la adicción a las drogas tanto como la adicción sin drogas, distinguiendo unas de otras por un aspecto esencial: los efectos químicos de las drogas, que las complejiza mucho más. Definió a los adictos como personas con una predisposición a reaccionar a los efectos de las drogas de una manera tal que tratan de usar estos efectos para satisfacer un anhelo arcaico oral que es a la vez de naturaleza sexual, una necesidad de seguridad y una necesidad de conservar la autoestima. Para él, la génesis y la naturaleza de la adicción no radicarían en el efecto químico de la droga, sino en la estructura psicológica del paciente. El factor decisivo residiría, en consecuencia, en la personalidad pre-mórbida.

Fenichel sugirió que los adictos son pacientes que se hallan dispuestos a renunciar a toda forma de libido objetal. Están fijados a una finalidad narcisista-pasiva y sólo muestran interés en el logro de su gratificación, nunca en el de sus parejas. En otros términos, los objetos para ellos no son otra cosa que proveedores de suministros. Se trata, según este autor, de pacientes que no toleran la tensión, el dolor, la frustración ni la espera. Después de la exaltación, el dolor y la frustración se tornan aún más intolerables, induciendo al uso excesivo e intensificado de la droga. Todo interés por la realidad va siendo gradualmente reemplazado por el "anhelo farmacotóxico".

Fenichel coincidió también con Simmel al destacar la importancia de la desaparición del superyó, al que se refirió como "aquella parte de la psique que es soluble en alcohol". Estuvo igualmente de acuerdo con Rado, Simmel y Glover en cuanto a la relación entre la adicción a las drogas y los estados maníaco-depresivos. Fenichel planteó ciertas consideraciones respecto al empleo de la técnica en casos de adicción, entre las cuales destacan las siguientes: en primer lugar reconoció la necesidad de introducir modificaciones técnicas en la terapia psicoanalítica de personas adictas, por la constitución pregenital y narcisista que las distingue, que impone la necesidad de retroceder hasta estratos más profundos. Estableció, asimismo, la comparación entre los casos de adicción y los de perversión, no sólo por la complacencia al síntoma sino por la escasa disposición al cambio y la baja tolerancia a la frustración. A su modo de ver, lo que se busca en el tratamiento no es tan sólo conseguir el abandono del consumo, sino com-

batir el deseo mórbido de una embriaguez eufórica. Sugirió que el mejor momento para emprender un análisis es durante, o inmediatamente después de la interrupción del consumo, pero sin esperar que el paciente se mantenga en abstinencia a lo largo del análisis. Es dable esperar que éste recurra a la droga cada vez que en su análisis predomine la resistencia, motivo por el cual los adictos han de ser analizados de preferencia en instituciones y no como pacientes ambulatorios. Fenichel llamó también la atención sobre el hecho de que no es posible emitir reglas generales sobre el modo en que se debe suprimir el uso de la droga en los casos de recaídas, y advirtió la necesidad de anteponer al análisis cierto tipo de tratamiento preliminar para incrementar en el paciente la conciencia de su enfermedad y fortalecer su deseo de recuperarse. Fenichel señaló, igualmente, que una adicción comienza como una búsqueda de un guardián protector contra una estimulación dolorosa y como un medio de apartarse de situaciones externas insoportables. Desde el punto de vista terapéutico, expresó la tendencia del adicto al *acting out* y el grado de desintegración que éste alcanza al momento de iniciarse el análisis.

Weijl (1945, en Rosenfeld, op. cit.) contribuyó significativamente a la comprensión del alcance psicopatológico de la adicción al alcohol, poniendo de manifiesto, en ese sentido, la importancia del principio de placer. Subrayó, también, el doble significado simbólico del alcohol, que representa tanto a la madre como al padre. El alcohol es un símbolo de la leche deseada, por lo que se convierte en un sustituto de la madre. Pero, al mismo tiempo, el autor evidenció la relación del alcoholismo con el festín totémico: al ingerir alcohol, el adicto consumaría el pecado original (el asesinato del padre). Consideró también que el abuso del alcohol representa un medio primitivo fantaseado en virtud del cual se intenta resolver el complejo de Edipo (el parricidio y el incesto). Weijl destacó igualmente que el alcoholismo constituye una realización mágica del deseo de vida eterna, porque tras el suicidio parcial a través del alcohol, hay un renacimiento y una insinuación siempre presente de muerte y resurrección. El autor enfatizó como condición indispensable para el inicio del tratamiento, permanecer en abstinencia total dentro de una institución, puesto que el alcohol debilita al superyó y abre las puertas a la liberación desenfrenada del ello. Concluyó que una de las metas del tratamiento psicoanalítico con adictos era la de neutralizar los sentimientos de inferioridad y reconstruir al yo.

Esta cuestión relacionada con la abstinencia en el tratamiento de pacientes adictos era algo que Freud se había planteado desde antes. En su trabajo sobre "La sexualidad en la etiología de las neurosis" consideró que la deshabituación de la masturbación, como la de cualquier otra adicción, "parece solucionable sólo en un sanatorio y bajo permanente vigilancia del médico. Librado a sí mismo, el masturbador suele recaer, a cada contingencia desazonadora, en la satisfacción que le resulta cómoda. [...] Por lo demás, una puntualización enteramente análoga vale para todas las otras curas de abstinencia, que tendrán un éxito sólo aparente si el médico se conforma con sustraer al enfermo la sustancia narcótica, sin cuidarse de la fuente de la cual brota la imperativa necesidad de aquella. 'Habituación' es un mero giro verbal sin valor de esclarecimiento; no todo el que ha tenido oportunidad de tomar durante un lapso morfina, cocaína, clorhidrato, etc., contrae por eso una 'adicción' a esas cosas" (Freud, op. cit: 268).

Meerloo (citado en Rosenfeld, op. cit.) estudió el problema de la adicción desde diversos ángulos, y además trató psicoanalíticamente a varios adictos. Estableció una diferencia, a su juicio inestimable: mientras la gran mayoría de los alcohólicos son maníaco-depresivos con necesidades de dependencia oral, los adictos a otras drogas son, por lo general, del tipo esquizoide que habita en un mundo mágico infantil. Estableció la existencia de tres mecanismos mentales comunes a todos los tipos de adicción: un deseo vehemente de la experiencia del éxtasis, una pulsión inconsciente de autodestrucción y una necesidad irresuelta de dependencia oral.

Meerloo examinó también el anhelo del adicto por la unidad narcisística con el objeto. Al examinar las dificultades técnicas surgidas en el tratamiento, recomendó efectuar el proceso psicoterapéutico fuera de la clínica y, en el caso de que esta opción fallase, recién ahí se optaría por una internación donde la privación de la droga la hiciese otro terapeuta. Observó que en la situación analítica, los síntomas de la abstinencia tienden a ser muy severos, puesto que se ven reforzados por la resistencia del paciente al análisis.

Uno de los artífices más brillantes de la psicoterapia dinámica, Harry Stack Sullivan –quien, no está de demás decirlo, era alcohólico– señaló en una de sus conferencias sobre "Concepciones de la psiquiatría moderna", dictadas en 1939 y publicadas en forma de libro en 1947, que una de las formas más fáciles de llevar a cabo el debilitamiento del yo es la que se logra por medios químicos. La consideración del poder farmacodinámico del alcohol en la relajación del poder inhibidor y disociativo del yo lo llevó a usar la intoxicación alcohólica como un medio de olvido del conflicto en los esquizofrénicos, cuyo agotamiento a causa de una excitación o una tensión crónicas era peligroso para su supervivencia. Observó entonces que bajo la acción de copiosas dosis de alcohol, los signos y síntomas de una fuerte función del yo tendían a desaparecer, siendo así que, debido al debilitamiento del sistema del yo inducido por el alcohol, el paciente perdía sus temores, y con ello, la excitación. Es, por cierto, en sus investigaciones llevadas a cabo en el hospital Shephard y Enoch Pratt que se sitúan los orígenes de la comunidad terapéutica dentro de la psiquiatría hospitalaria.

En su libro dedicado a la psiquiatría dinámica, el doctor Robert Ross Mezer, psiquiatra de la Universidad de Boston –partidario de la escuela psiquiátrica "neofreudiana" fundada por Sullivan– consideró que los síndromes orgánicos cerebrales (tanto de tipo clínico agudo como crónico) son una consecuencia de la adicción al alcohol. Como ejemplos del síndrome orgánico cerebral agudo cita el delirium tremens, la intoxicación alcohólica aguda y la intoxicación patológica. Síndromes orgánicos cerebrales crónicos relacionados con el alcoholismo serían la psicosis de Korsakoff, la alucinosis alcohólica, los estados paranoicos y el deterioro alcohólico. A éstos habría que agregar los síndromes orgánicos cerebrales relacionados con intoxicación por drogas. Respecto a las alucinógenas psicodélicas consideró que alteran el estado de conciencia, interfieren en el contacto con la realidad, disminuyen el control sobre el comportamiento y afectan el buen juicio. En lo tocante a los opiodes, refirió que pueden conducir a la pérdida de la iniciativa y la ambición, así como también a problemas de adicción. No obstante, señaló que las drogas psicoactivas resultan muy útiles para controlar las manifestaciones del comportamiento en los síndromes cerebrales agudos y crónicos. En el capítulo sobre trastornos de la personalidad se ocupó una vez más del alcoholismo y la adicción. De los alcohólicos dirá que corresponden al tipo *pasivo-dependiente* de trastorno de la personalidad, por cuanto tienden a ser inmaduros, exigentes, compulsivos, poco realistas e insaciables, ubicándolos dentro de la categoría de personas oralmente insatisfechas.

En la misma línea de la psiquiatría dinámica, el psicoanalista norteamericano Franz Alexander –quien, dicho sea de paso, efectuara su análisis didáctico con Hanns Sachs– abordó también el tema del alcoholismo y la toxicomanía. Al respecto advirtió que tales condiciones merecen una clasificación especial debido a la combinación del efecto fisiológico de la droga con una necesidad emocional inconsciente. A su parecer, el factor esencial reside en que tanto el alcohol como el resto de las drogas, mediante su efecto narcótico, favorecen la posibilidad de escapar regresivamente a los conflictos inherentes a la vida, es decir que prestan una base fisiológica a la tendencia regresiva para restablecer el pasivo y despreocupado estado nirvánico de la primera infancia cuando las necesidades del niño se satisfacían en el pecho materno.

Teniendo en cuenta que los alcohólicos son, a menudo, neuróticos inhibidos en sus relaciones interpersonales y que sufren de intensos sentimientos de inseguridad, consideró que el efecto estimulante inicial de las drogas que, tarde o temprano, es seguido por la sedación, permite al paciente superar sus inhibiciones psicológicas, expresarse con mayor libertad y de ese modo sentirse superior.

Al percatarse de que el efecto del alcohol mitiga las ansiedades e inquietudes de la autodepreciación y la inferioridad, Alexander declaró que los narcóticos no sólo anulan el dolor físico sino también el psicológico. Es importante reconocer aquí el germen de la idea tan extendida en nuestros días de que el neurótico utiliza el alcohol como una muleta emocional que le ayuda a desinhibirse y transformar su personalidad para, de esta manera, enfrentar situaciones difíciles que no puede manejar estando sobrio. Otro hecho digno de resaltarse es que Alexander reconozca las dificultades existentes en el tratamiento del alcoholismo, mismo que constituye –tanto en la teoría como en la práctica– uno de los más complicados problemas de la psiquiatría. Por lo demás, apoya la hipótesis de que una debilidad

básica del control del yo, pudiera ser el factor decisivo en la génesis de la adicción a las drogas.

De 1945 a 1960, hubo una escasez considerable de aportaciones psicoanalíticas sobre adicción al alcohol y a otras drogas, debida fundamentalmente al reconocimiento que los autores hicieron de las dificultades que entraña el tratamiento de las adicciones desde el dispositivo analítico. Fue Herbert Rosenfeld (op. cit.), una de las figuras sobresalientes en el campo de la investigación psicoanalítica de las patologías graves como la psicosis, los problemas narcisistas, la melancolía, el alcoholismo y la adicción a las drogas, quien abrió de nuevo esa veta. En un artículo leído en el XXI Congreso de la Asociación Psicoanalítica Internacional en Copenhague, en julio de 1959, y publicado luego en el libro *Estados psicóticos*, este autor comienza por reconocer que el paciente adicto es de difícil manejo, en tanto que el analista no sólo trata con un estado psicológico determinado, sino también con la combinación de un estado mental y la confusión provocada por las drogas. Asimismo, propone que debe contarse con el consentimiento del paciente para su internación y poder inducir así la abstinencia inicial, como condición *sine qua non* para el comienzo del análisis, puesto que en estado de intoxicación severa ningún paciente es accesible al tratamiento.

Encuentra innecesario modificar el abordaje psicoanalítico habitual, aun cuando resulte difícil tratar pacientes adictos. Dicho abordaje no debería desecharse, tanto más cuanto que resulta de fundamental importancia para avanzar en la comprensión psicopatológica específica de la adicción a las drogas, entendimiento que debe surgir, dice él, del conocimiento que se tenga de la neurosis o de la psicosis de transferencia.

Rosenfeld se adhiere a las tesis enunciadas por Kielholz, Rado, Simmel, Fenichel, Weijl y Meerloo en relación al vínculo existente entre la adicción y la psicosis maníaco-depresiva. Pero, a diferencia de éstos, trata de elaborar el significado íntimo de dicha relación, describiendo detalladamente los mecanismos depresivos y maníacos presentes en el adicto. Establece que el yo del adicto es débil y no posee la fuerza suficiente como para tolerar el dolor de la depresión, para lo cual debe apelar a los mecanismos maníacos provistos por la droga, misma que puede dotar al yo de cierta

fortaleza. Alude también al valor simbólico de la droga que se relaciona con las fantasías inconscientes de omnipotencia enlazadas a su ingestión.

Ciertos autores harán referencia a las teorías de Melanie Klein para explicar mejor el violento afán de destrucción que parece caracterizar el consumo patológico de algunas sustancias; Rosenfeld utilizó este marco teórico para explicar los mecanismos maníacos y depresivos instrumentados por el adicto. Incluyó dentro del grupo de los primeros a la idealización, la identificación con un objeto ideal, la negación de las ansiedades persecutoria y depresiva y el control omnipotente de los objetos que, por lo demás, pueden ser parciales o totales y consideró, a su vez, que sirven principalmente para controlar las ansiedades paranoides.

Bajo el predominio de tales mecanismos, se niega toda frustración y ansiedad, especialmente la ansiedad persecutoria. Y de esta forma, se disocia la parte mala y agresiva del *self*. "La droga simboliza un objeto ideal que puede ser incorporado concretamente y su efecto farmacotóxico es utilizado para reforzar la omnipotencia de los mecanismos de negación y disociación" (Rosenfeld, op. cit: 155). En los estados maníacos se utiliza el efecto de la droga como estimulante físico artificial para la producción de alucinaciones, de la misma manera que el bebé se vuelve a su pulgar como subsidio para alucinar el pecho ideal. La droga es, en última instancia, un medio del que se sirve el adicto para aniquilar todo objeto amenazante, así como cualquier situación frustrante o persecutoria.

Respecto a la relación de la droga con las ansiedades persecutorias y los impulsos sádicos, Rosenfeld sostiene que aquélla es sentida como una sustancia mala y destructiva, cuya incorporación representa una identificación con los objetos destructivos malos, tenidos como persecutorios tanto para los objetos buenos como para el *self* bueno. El efecto farmacotóxico es empleado para aumentar el poder de la pulsión destructiva. Por eso, cuando el consumo de la droga se produce bajo el predominio de impulsos sádicos, el adicto escinde y niega la parte buena de su *self*, sus objetos internos buenos, así como su amor hacia ellos. Al actuar sus impulsos destructivos sin presencia de afecto, ha perdido también el poder controlador de su superyó, lo que implica para el paciente entregarse a una orgía destructiva dirigida en contra del objeto externo, pero que involucra además

a sus objetos internos y a sí mismo. De ahí, dedujo Rosenfeld, que la ingestión destructiva y omnipotente de la droga se relaciona íntimamente con el triunfo y la exaltación de la manía.

Al analizar, luego, el vínculo que hay entre la adicción a las drogas y la depresión, Rosenfeld consideró que el factor esencial que distingue esa conexión es la identificación con un objeto enfermo o muerto. La droga, en tales casos, representa a un objeto y su ingestión implica una incorporación suficientemente concreta del mismo. A partir de ese razonamiento, Rosenfeld extrae la conclusión de que el efecto farmacotóxico tiene como característica principal la de reforzar la realidad tanto de la introyección del objeto como la de su identificación con él.

Otto Kernberg (1975), psicoanalista integrado a las filas de la psicología del yo y de la teoría de las relaciones objetales, enunció que cuando es perturbada la relación normal entre el sí-mismo (*self*) y el mundo interno de objetos, se produce un abandono interno del sí-mismo por parte de los objetos internos o una pérdida de objetos internos, de los cuales se pretende escapar ingiriendo drogas o alcohol y otros quehaceres compulsivos. La función psicológica del alcohol u otras drogas se ve, según él, notoriamente influenciada por las características predominantes de las relaciones objetales intrapsíquicas. Asimismo, ubicó a las personalidades narcisistas entre las más propensas para desarrollar adicciones, además de ser las de peor pronóstico.

Fiel a las teorías expuestas por Melanie Klein, de quien fuera uno de los grandes discípulos, Rosenfeld advirtió que el adicto se encuentra fijado en una fase correspondiente a la más temprana infancia, denominada "posición esquizoparanoide" –descrita por Klein en 1946–, no obstante haber accedido parcialmente a la posición depresiva; razón por la cual las defensas maníacas, originadas en dicha posición, se relacionan con las ansiedades y mecanismos tanto paranoides como depresivos.

Rosenfeld pone el acento en el vínculo existente entre la adicción a las drogas y la temprana disociación yoica, misma que se hace evidente en la situación analítica transferencial. Por lo general, la droga representa la parte mala escindida del *self* y la intoxicación se produce cuando este *self* malo es proyectado sobre objetos externos o cuando se reintroyecta la parte proyectada del *self* malo. Esta escisión del *self* lleva al paciente a

comportarse como si dos o más personas distintas habitaran en él, lo cual contribuye también a incrementar la tendencia al *acting out*. Asimismo, sugirió que la fragilidad del yo del adicto se relaciona con la severidad del proceso de escisión del yo y que el pronóstico del tratamiento analítico del adicto está en función de la capacidad del análisis para ayudar al paciente a integrar las partes disociadas de su *self*, lo que implica necesariamente un refuerzo del yo. Tampoco perdió de vista que, durante el análisis, pueden ocurrir episodios de consumo críticos, a los que considera como una reacción terapéutica negativa.

Otros dos psicoanalistas, Mijolla y Shentoub (1973, citados en Cerclé, op. cit.), plantearon también la hipótesis de una escisión del yo en el alcohólico crónico, escisión que dividiría a la persona en dos partes: una sana y la otra adicta, y permitiría al sujeto sobrevivir en el seno de la sociedad, aun a pesar de su condición de alcohólico. Por su parte, Robert A. Savitt (1963), se situó entre aquellos que sostienen que existen personalidades adictas cuyas patologías son pre-orales. El adicto que se administra la droga por vía intravenosa efectuaría con ello una involución de naturaleza regresivo-fetal, siguiendo así el camino que una vez ligó al feto con la madre en una unión parasitaria. Este mismo autor suponía que el adicto consume drogas para sobreponerse a la amenaza persecutoria de desintegración y aniquilación, derivada de la estructura notablemente arcaica de su yo. Dicho arcaísmo favorecería la posibilidad de que el ello abrume al yo, ante lo cual éste reaccionaría con una desesperada defensa. En un estadio preoral de narcisismo primario, el organismo no ejerce un rol activo en su propia alimentación. A esto se debe la elección del adicto por el canal vascular como medio de absorción, pues a través de éste es que logra una rápida regresión al narcisismo primario. Tal sistema constituye, además, la vía más directa para la incorporación de suministros nutritivos. Para Savitt, "el adicto se desvía de la ruta oral e inconscientemente imita las relaciones fetales con la madre mediante una representación simbólica. Realiza así, a través de un mecanismo introyectivo arcaico, un intento de restablecer la relación objetal perdida" (Savitt, op. cit: 343).

Después de las comunicaciones hechas por Herbert Rosenfeld, fueron relativamente escasos los trabajos que intentaron dar cuenta de lo que acontece en la experiencia analítica, especialmente en lo tocante a la adic-

ción al alcohol. En cambio, abundaron las publicaciones psiquiátricas al respecto. No obstante, hubo quienes hicieron valiosas consideraciones sobre la evolución de los pacientes adictos en el curso del proceso psicoanalítico. Tal es el caso de David Rosenfeld (1976), que encontró toda una serie de indicadores capaces de orientar al analista en el abordaje del adicto, al que consideraba un tipo especial de paciente. Partiendo de hechos clínicos y empíricos, para luego pasar a niveles teóricos más profundos, D. Rosenfeld, en su texto titulado *Clínica psicoanalítica*, se abocó al estudio de los casos que, por la dificultad que entrañaban, Freud mismo no dudó en tildar de inanalizables o incurables. Se trataba de aquellos pacientes con una patología tan severa que se encontraban incapacitados para "hacer" transferencia, como los llamados narcisistas, adictos, psicosomáticos o psicóticos. Según él, su inmunidad al psicoanálisis se debía a que resignaban el vínculo con la realidad, esto es: mostraban un total extrañamiento respecto del mundo exterior. Patologías caracterizadas, de acuerdo con D. Rosenfeld, por la falta de personificación y la consideración de los demás como intercambiables, lo que se explica por una fijación en estadios tempranos del desarrollo.

Este autor dedicó en su libro un capítulo entero a la adicción, mismo que constituye la descripción de un proceso en el que se muestran los momentos evolutivos identificados en la experiencia clínica. Se trata de una teoría del proceso, específica para este tipo de pacientes. De la evolución psicopatológica detectada en el tratamiento psicoanalítico con adictos –nunca exento de avatares y vicisitudes–, D. Rosenfeld extrajo una serie de características o hitos, resaltando el papel primordial que en dicho proceso juega la neurosis y la psicosis de transferencia.

De esta forma, el psicoanalista argentino destacó como indicador de las modificaciones o "jalones" que se presentan en un primer tiempo del proceso analítico, la utilización indiscriminada de cualquier objeto como equivalente de la droga. Observó que se trata de un período caracterizado por la no discriminación del sujeto con respecto al otro, correspondiente al momento en que yo y otro no se hallan aún configurados como tales y en consecuencia, la adicción aparece pluridetermindada, perversa y confusa. Además advirtió que en estado oniroide confusional el paciente se encuentra bajo el peligro de suicidio.

El segundo período del proceso analítico se distingue por la tendencia del paciente a elegir una sustancia capaz de cumplir la función de antidroga, lo cual conlleva una división de las drogas en "buenas" (idealizadas) y "malas" (persecutorias), aspectos que el analista puede llegar a adquirir de manera alternativa o simultánea. En un tercer momento, el consumo no se da más que en determinadas situaciones asociadas, en su mayoría, a experiencias angustiosas que resultan intolerables para el paciente: fines de semana, días feriados, vacaciones, etcétera. Durante este período, el analista se convierte en el principal motivador inconsciente de la adicción en la medida en que el paciente suple su ausencia con la droga, transformándose ésta en sustituto de la función analista-pecho, ante cada separación experimentada por el paciente en análisis.

En la cuarta etapa del análisis es común, según D. Rosenfeld, ver surgir intentos por abandonar el consumo, pudiendo darse el reemplazo del objeto de adicción por el fetiche (que constituye un objeto con características más vivas que la droga). También es habitual que los pacientes coleccionen determinados objetos, que cumplen la función de acompañantes o intermediarios en tanto permiten un mayor grado de reparación. El analista deja entonces de funcionar como "pecho-inodoro" (*toilet-breast*) –término acuñado por Donald Meltzer– para convertirse en objeto al que hay que cuidar y preservar, lo cual denota la proximidad del paciente a la posición depresiva; no obstante, persiste en esta etapa el riesgo de suicidio.

El quinto y último período sería el del análisis de las estructuras subyacentes de la adicción, lo que implica un desplazamiento de ésta a un segundo término. Es a partir de este momento que el analista empieza a ser visto como un objeto total en el que se integran tanto los aspectos buenos como los malos, presentándose además las ansiedades y mecanismos típicos de la posición depresiva, tales como la culpa y la reparación. En este período, D. Rosenfeld reconoció también algunas vicisitudes comparables a las observadas durante las etapas en que se consumían drogas; se trata de ciertos hábitos o predilecciones del paciente que se presentan como una atracción hacia objetos con características de algo imprescindible (como comidas, bebidas o cuotas por pagar), que el autor denominó "equivalentes de la adicción".

D. Rosenfeld estableció que esta serie de fases características del proceso analítico con pacientes adictos corresponde a una evolución clínica terapéutica, lo que significa que el pasaje de cada período al que le sigue es un indicador de avance y progreso; siempre teniendo en cuenta que no se trata de estados fijos e inamovibles, sino de movimientos dinámicos, dialécticos, en los que tienen lugar logros y retrocesos.

Es claramente observable cómo tal descripción de las distintas y complejas etapas que conforman el proceso analítico de estos pacientes coincide con las establecidas por Meltzer en el primero de sus libros, titulado precisamente *El proceso psicoanalítico* (1967), lo cual no debe resultar extraño si se tiene en cuenta que este psicoanalista impartió seminarios, supervisiones y conferencias en la Asociación Psicoanalítica Argentina en 1964. De hecho, para entender el modo que tiene D. Rosenfeld –uno de los máximos exponentes del pensamiento psicoanalítico argentino en la década de los setenta– de abordar los problemas clínicos, es necesario considerar que su formación se encuentra determinada por el contacto que mantuvo con diversas escuelas y corrientes teóricas (no sólo en Argentina sino también en Francia e Inglaterra); derivado de lo cual son fácilmente reconocibles en sus hipótesis los planteos y desarrollos teóricos de autores como Karl Abraham, Melanie Klein, Herbert Rosenfeld, Esther Bick, Wilfred Bion, Donald Winnicott, Donald Meltzer, José Bleger, David Liberman, David Maldavsky y, muy especialmente, Daniel Lagache, a quien el autor rindió una especie de homenaje.

En relación a estos momentos evolutivos del proceso analítico con pacientes adictos, D. Rosenfeld encontró también una serie de características reiteradas a partir de las cuales pueden desprenderse algunas generalizaciones clínicas. Llama la atención, por ejemplo, sobre la regularidad con que se presenta en la historia personal del adicto un vínculo frustrante con la madre, correspondiente a períodos tempranos del desarrollo, a partir de lo cual el niño aprende a crearse pechos sustitutos sin que ello implique necesariamente la elaboración del duelo melancólico por el pecho perdido. Para este autor es crucial identificar los mecanismos de defensa maníacos (en especial la degradación y desvalorización del objeto), así como el momento en que la droga se convierte en objeto perseguidor. D. Rosenfeld también centró su atención en torno a la patología vinculada al esquema

corporal, la representación de la piel y del esqueleto. Sus observaciones sobre la piel le permitieron establecer una serie de correlaciones entre ciertas manifestaciones clínicas registradas en el curso de las sesiones y experiencias inherentes al desarrollo temprano. En el apartado VI veremos cómo este autor enlazó tales trastornos en la piel con las sensaciones cutáneas que los adictos buscan provocarse mediante la ingesta de drogas en el intento de recuperar las primitivas sensaciones de calor que proporciona el contacto piel a piel con la madre.

Por otro lado, D. Rosenfeld detectó en el adicto un intento por alcanzar un aumento del ritmo respiratorio con determinadas sustancias estimulantes, lo cual se halla correlacionado con fantasías mágicas de introyección del pecho inacabable-aire y con una expulsión simultánea de sus aspectos negativos en la espiración. Se trata de un placer a través de la inhalación y la expulsión del aire con ritmo creciente. Mediante este tipo de respiración se pretende, según él, reproducir un movimiento maníaco de pérdida, hambre y recuperación del objeto. El adicto tiene entonces la sensación de que tanto el yo como los objetos internos están vivos. Esta particular forma de instrumentar la función respiratoria puede ser detectada antes, durante y especialmente después de la ingesta de droga, sobre todo al disiparse el primer efecto de la misma. Necesitan entonces expeler al objeto introyectado, para lo cual recurren a una conducta que él dio en llamar "tic expulsivo nasal", consistente en una expulsión brusca del aire a través de la nariz. Conducta observada en algunos pacientes que atraviesan ciertos momentos paranoides. Dicho tic, asimismo, puede ser considerado un indicio de respuesta ante determinadas interpretaciones del analista. Básicamente consiste en la materialización de una fantasía de expulsión de una madre perseguidora. Siguiendo estas ideas, el autor se preguntó si no sería de utilidad postular clínicamente la existencia de una "etapa respiratoria preoral".

En resumidas cuentas, para D. Rosenfeld la adicción a las drogas surge como una tentativa del paciente por encontrar el pecho materno que así puede controlar sus estados cambiantes de ánimo, a lo que se añade un ataque al pecho real al usar la droga o el pulgar que chupa como un subrogado de un pecho atacado, degradado y envidiado. Pero simultáneamente la droga aparecería como la representación internalizada de la

madre que no tolera los cambios de humor, con lo cual el paciente repite consigo mismo las conductas que antes había recibido por parte de su madre interna. Esto constituye una circunstancia determinante de la lucha en la transferencia, en la que el paciente tiende a otorgar al terapeuta el significado de la madre que devuelve aumentada la angustia, en lugar de ayudar a tolerarla. Por todo esto, D. Rosenfeld consideró que el analista debe demostrar, y el analizado descubrirlo en el curso del tratamiento, que puede ser usado como un continente útil que permitiría la elaboración de las emociones y no su rechazo sistemático.

Antes de pasar a examinar otras aportaciones de este autor, habría que establecer aquí una precisión: pareciera que esta carencia de madre que aparece para el niño como un esfuerzo de las fantasías inconscientes acerca de una madre interna que no tolera los cambios de ánimo del hijo, estuviera referida solamente a la carencia del vínculo en la realidad. Valdría la pena recordar el ensayo de André Green titulado "La madre muerta" (1980) para entender que no se trata de la pérdida real de un objeto sino de una madre que sigue viva pero que "está psíquicamente muerta a los ojos del pequeño hijo a quien ella cuida".

En un trabajo posterior, D. Rosenfeld (1996) describió el efecto psicológico que provoca la droga, la fantasía con que se la busca y usa, y también las fantasías con las que se viven los efectos provocados. Observó igualmente diversas estructuras psicopatológicas que subyacen a la adicción, con su propia dinámica inconsciente y psicogénesis infantil, donde cada cual busca la droga por un motivo distinto. Paralelamente, desarrolló algunas ideas acerca de los conceptos de esquema corporal o esquema corporal primitivo psicótico y la búsqueda de sensaciones autistas, así como ciertos planteamientos sobre la noción de muerte, vida y suicidio en algunos pacientes adictos.

D. Rosenfeld consideró que la clasificación en diferentes tipos de pacientes adictos era de gran utilidad para enfocarlos clínica y técnicamente, así como para vislumbrar su pronóstico. De este modo los ubicó en cuatro tipos: *1)* pacientes con duelos neuróticos que buscan en su fantasía de ingesta un envoltorio o sustituto de la piel; *2)* pacientes identificados con objetos internos muertos de los cuales no pueden diferenciarse; *3)* pacien-

tes con un diagnóstico de autismo o con características autistas que intentan reparar una muy primitiva noción de identidad a través del mundo propio de sensaciones creado por la droga; y *4)* pacientes con un funcionamiento mental basado en el modelo denominado "esquema corporal primitivo psicótico", en virtud del cual creen que su cuerpo carece de piel y músculos o que está relleno de sangre y líquidos vitales.

Pero particularmente centró su atención en el uso técnico de la contratransferencia, a la que definió como un conjunto de emociones, sensaciones, afectos, y hasta estados confusionales, que el terapeuta experimenta cuando está en el campo específico de la transferencia analítica. Se trata de una señal que, además de tener que ser decodificada, debe ser usada como una hipótesis susceptible de ser aceptada o rechazada, una hipótesis modificable en función de la experiencia y de la relación con el paciente. La especificidad de la contratransferencia con pacientes adictos está dada por el rol de objeto inanimado o droga que el psicoanalista tiende a desempeñar. He ahí el riesgo en el tratamiento de este tipo de pacientes, ya que si el analista no lo nota puede quedar reducido a la función de una droga. En esa medida, el psicoanálisis debe ser visto como un método de observación de lo que ocurre en la transferencia y la contratransferencia. En una adecuada decodificación de esta última radica, a decir de D. Rosenfeld, la clave de la terapia psicoanalítica y de la mejoría de los pacientes adictos, psicóticos y severamente perturbados.

En la lectura que el psicoanálisis dedicó a las adicciones, es preciso poner de relieve el excepcional trabajo de Claude Olievenstein, quien, a diferencia de muchos de sus colegas psicoanalistas, priorizó el enfoque clínico más que el teórico por considerar que la realidad vivida tiene siempre mayor peso que el discurso ideológico. Teniendo como punto de partida una casuística muy rica y diversa, fue él quien aportó una serie de innovadores conceptos sobre el tema, escasamente considerados en la literatura, que abren todo un campo de posibilidades a la comprensión psicoanalítica de las adicciones. Habiendo sido alumno de Lacan, aseguraba no ser un espíritu dogmático o religioso, no haber sido nunca un lacaniano incondicional, ni mucho menos un "deleuzo-guattarista". En todo momento renegó no sólo del sector psiquiátrico tradicional sino también del psicoanalítico, del cual se apartaba con una creciente aversión. "Yo me fran-

queaba con colegas analistas, pero a menudo no veía sino funcionar las pequeñas máquinas reductoras que reemplazaban a la reflexión", refiere quien además llevara a cabo un intento totalmente espontáneo y empírico de antipsiquiatría, entregándose a la crítica de la institución al mejor estilo de Basaglia o de Laing y Cooper. Su pretensión no era, de ningún modo, la de esbozar una teoría general de la adicción a las drogas, sino, por el contrario, la de atender a la existencia particular, escuchando "lo que en cada uno se dice de profundo, de íntimo, de visceral, en síntesis, de esencial". Esto en virtud de que, a su parecer, "la relación con el toxicómano no puede establecerse a través de la ortodoxia". Por consiguiente, introdujo originales modificaciones –tergiversaciones para los conservadores– al esquema del análisis clásico. Basándose en su experiencia, extrajo conclusiones como la de que "la terapia de los drogadictos no tiene realmente nada que ver con el psicoanálisis tradicional, en el que se fijan citas imperativas, reglas que no se pueden transgredir". De ahí que su concepción de un psiquismo móvil en los adictos –que lo llevó incluso a desarticular la herramienta diagnóstica– no concordara con los sistemas de pensamiento de la psiquiatría y el psicoanálisis, vistos por él como cerrados y estáticos en sus estructuras.

La audacia terapéutica de Olievenstein lo llevó a entregarse a lo que llamó "sesión ilimitada de análisis salvaje" con duración de hasta diez horas seguidas. Esta terapia que, como se ve, dista del psicoanálisis clásico, encuentra la inspiración ferencziana de la técnica activa. Olievenstein consideraba que la relación entre el paciente y el terapeuta es una relación erotizada, o mejor aún, cuasi-fusional, en la que se establece algo a nivel del placer y del calor humano, proponiéndose como un sustituto del "flash". Se trataba, para él, de reemplazar en quien se droga, su tóxico-dependencia por una dependencia hacia la institución, es decir, de sumergirle en una relación similar a la que el niño mantiene con su madre. Sin embargo, al mismo tiempo, consideraba que era necesario que dicha dependencia se atenuara paulatinamente hasta desaparecer.

El hecho de tomar a cargo a un adicto implicaba, para él, adaptarse a su mundo y modelarse sobre él, lo que hacía que no pudiera fijársele a un lugar y a un momento precisos, tales como una institución o una cura analítica convencional. De ahí que decidiera terminar con los horarios

obligatorios, que favoreciera la creación de equipos de discusión y propusiera el esquema de familias sustitutas y de comunidades anexas que funcionaran como lugares de rehabilitación. Además, esta óptica promovía que los pacientes pudieran elegir libremente a quien los asista y, en el plano terapéutico, fomentaba el pluralismo de métodos, orientaciones o tendencias.

Por todo esto, resulta extraño que Olievenstein no figure entre quienes permitieron el desarrollo de las comunidades terapéuticas para adictos en Europa (*Cfr.* Goti, 1990; Kooyman, 1993).

Fiel al espíritu crítico de Ferenzci, Olievenstein juzgaba insuficiente, y además en sí misma traumática, la idea de sostener que un enfermo era inanalizable. En tal sentido relata: "Una vez más me deja estupefacto la pobreza de comprensión de los que se dicen especialistas. Recuerdo una discusión bastante violenta, en el curso de la cual pregunté a unos analistas por qué no se ocupaban de los que ellos llamaban débiles mentales. Me respondieron que no podían tomar a su cargo a un sujeto incapaz de verbalizar convenientemente". Era de esperarse entonces que, como Ferenczi con sus investigaciones y experiencias originales "no ortodoxas", tratara de responder a la demanda de los adictos, y no a la de los médicos, jueces, educadores, padres… A su parecer, cualquier enfermo que demandara asistencia debía recibirla, y tocaba al analista inventar la manera de responder a los problemas que se le planteaban.

Mientras que para el resto de los psiquiatras los pacientes adictos eran una clientela que asustaba, Olievenstein estaba seguro de que su puesto se hallaba junto a ellos, a grado tal que pidió (en sus primeros años de práctica como psiquiatra) que se le reservaran todos los casos relacionados con toxicomanías. Por eso resulta imposible dejar de evocar a Sándor Ferenczi, el *enfant terrible* del psicoanálisis, que había reprochado a Freud (en el *Diario clínico* de 1932) la antipatía y repugnancia que parecía tener hacia los psicóticos, los perversos, y todo lo que fuera demasiado anormal (los adictos, por extensión), así como la rigidez del dispositivo por él establecido y la aplicación demasiado sistemática de su técnica de frustración.

Por si fuera poco, Olievenstein recomendaba a sus discípulos que supieran cometer errores, lo cual no era considerado grave sino necesario: "Tie-

nen derecho al error. Tienen derecho a cambiar de ideas cada seis meses: es lo que yo mismo hago, evoluciono sin cesar, no me aferro a ningún principio inmutable". Para él no habría necesidad de certezas ni de un saber acabado, en tanto el saber, aunque respetable, es algo que viene después de lo que es realmente importante. No dejaba de repetir a los médicos que colaboraban con él: "Desconfíe del saber, es extraordinariamente tranquilizador. Olvídese de lo que aprendió. Mire estos hombres, estas mujeres, trate de oír lo que tienen que decirle…". Tan seriamente tomaba él mismo estos preceptos, que a menudo tenía incluso la impresión de que los adictos sabían tanto como él. El adicto es, de hecho, el portador de un saber. Entre el paciente y su terapeuta hay un tercero, "cuya presencia sería escandaloso negar: este tercero es la droga, y cada uno intenta aprehenderla a su manera puesto que cada uno posee de ella un saber del que el otro carece. El psicoanalista tiene sus recursos de donde toma lenguaje y referencias. El drogadicto, por su parte, tiene su experiencia, que no puede, justamente, transmitir en el marco que se le propone". A diferencia de sus colegas, que se hundían en una patologización psiquiátrica de la toxicomanía, Olievenstein creía que se trataba de un fenómeno que hacía surgir una problemática totalmente inédita, abriendo sobre el futuro perspectivas vertiginosas. Sus reflexiones no se detuvieron nunca. Fue necesario poner entre paréntesis todo el saber dogmático para arribar a la concepción de "sujeto" como una noción bien distinta a la de "caso", o a la de "número de matrícula". Y es así que afirmaba: "No quiero clasificar a la gente como lo haría un entomólogo".

Esta reticencia a dejarse llevar por criterios nosográficos y estructurales obedece a que, como se sabe, la tipología nosográfica remite al campo estéril de la psiquiatría, opuesta por definición a la práctica del "caso por caso", "esa que Freud sostenía cuando afirmaba que al afrontar cada nuevo analizante era menester poner en suspenso todo el saber anterior, pues esa posición era la única que garantizaba la aparición del fecundo asombro" (Tamayo, 2004: 66). La clínica del "caso por caso" es por eso una clínica peculiar, imposible de generalizar. De igual modo, la renuncia al saber responde a lo que Lacan llama "el acto analítico", que implica el reconocimiento de la falta, de los límites del saber. Al respecto, señala Tamayo (2001: 87): "Un acto analítico se hace sin el pensar, es un acto realizado

por un objeto paradojal, por ese artefacto denominado analista. Y es en ello en lo que estriba su carácter paradójico pues ¿cómo podría un objeto realizar un acto?". Cuando cae toda creencia acerca de la completud se posibilita la realización del acto analítico, el cual deriva de la apropiación de una verdad dual: por un lado, la certeza de la falta y, por el otro, la aceptación de la intrincación con el otro. "El analista se permite actuar a pesar de no saber, se permite –cual simple, y a veces ominoso, artefacto– dejarse llevar por la palabra que vehicula el analizante […] Es por todo esto que el acto analítico puede ser denominado un acto sabio, porque es realizado sin el saber, pero con la verdad" (Tamayo, op. cit: 88). Y es esa verdad a la que se refirió Olievenstein cuando dijo que nosotros, analistas, podemos proponer ese "algo" que tiene valor "de utilización". Somos un instrumento (un artefacto), que como las jeringas de plástico, deben ser descartadas después de utilizadas. Esto quiere decir que la función del analista debe organizarse poco a poco hacia la negación de sí misma, reflexionando sobre todos sus límites.

Tal como señaló Serge Leclaire en "Con qué oído conviene escuchar" (1968), el psicoanalista, en la escucha del discurso de su paciente, debe estar atento al deseo –inconsciente– que se dice; pues tal ha sido el partido que ha tomado al hacerse psicoanalista; entender algo más que la simple significación de las palabras pronunciadas y poner en evidencia el orden libidinal que manifiestan. Así lo entendió también su connacional, el doctor Olievenstein, quien se mantenía a la escucha de otro lenguaje como la música, los poemas o los escritos que los adolescentes le hacían leer, mismos que mostraban gran cantidad de mensajes que convenía escuchar. Esta escucha auténtica es lo que le hacía poder decir: "El 'feeling' y las 'vibraciones' de los que hablan a menudo los toxicómanos y que reclaman por parte del terapeuta, reenvían a una comunicación infraverbal y a una sensibilidad muy importante en el toxicómano"; "[…] si se sabían mirar los dibujos y las pinturas de los toxicómanos, si se sabían escuchar los poemas que escribían, vibrar al mismo tiempo que ellos con la música en la que se reconocían, si se sabía participar también de su ritmo de vida, redescubriendo con ellos el placer de la noche y reparando en las cosas y en los seres según su óptica, entonces el mundo de los drogados se revelaba extraordinariamente rico".

No obstante, el elemento más audaz y más significativo de su trabajo es el de haber abordado la problemática del adicto desde una clínica de la intensidad (es decir, la de la economía) más que desde la clínica de la causalidad (es decir, la de la psicodinamia). Por eso, a diferencia de aquellos clínicos que se pierden en la semiología y en la psicopatología de las adicciones, Olievenstein se interrogó acerca de la organización de la economía libidinal. Para él, como para nosotros, la dimensión económica de las adicciones resulta indudable. Por lo demás, consideraba "adicto" a cualquier sujeto que, a partir de un producto de base, hace la escalada hacia otros productos, y/o los utiliza cotidianamente. Es así como trazó una neta distinción entre los consumidores esporádicos de drogas y los adictos propiamente dichos. Y consideró que lo único que tienen en común es el aspecto ilegal de su conducta, por lo que confundirlos clínica y psicológicamente implicaría un gran error.

No pudiendo negar la cruz de su parroquia, ubicó el origen psicológico de las adicciones en un incidente ocurrido dentro del período comprendido entre los seis y los dieciocho meses de vida, etapa en la que Lacan ubica al "estadio del espejo". En el futuro adicto esta fase sería sustituida por la que Olievenstein denomina del "espejo roto", en tanto reenvía una imagen fragmentada, incompleta, hecha añicos, sin llegar a la forma ortopédica de su totalidad. La adicción serviría como máscara para no mirarse en aquel espejo, y la droga se ubicaría justamente en el lugar de la fractura originaria en el intento de anularla, recomponerla aunque fuera momentáneamente. Esto significaría para el adicto volver al lugar del niño pequeño y así alucinar la realidad, llenar los vacíos del espejo, anular la real fuente de angustia. Sin embargo, Olievenstein sentenció que nunca nada volverá a pegar los trozos esparcidos del espejo. En el plano fenomenológico, la herida abierta por esta experiencia traumática fundante brindará, según este autor, la clave de lectura para la comprensión de: *1)* la imposibilidad característica del adicto de detenerse en la calma y de usar defensas que puedan protegerlo, de modo duradero, de la angustia; *2)* el dinamismo específico del adicto, el del ritual basado en la necesidad de probar una vez más, acercándose lo más posible, a cualquier precio, a la experiencia del primer pinchazo; *3)* el rol asumido por la droga en cuanto proceso dotado de sus específicas cualidades y de sus efectos característicos.

Luego de realizar un breve recorrido por el campo de las investigaciones psicoanalíticas sobre las adicciones, el italiano Luigi Cancrini (1982) intentó una síntesis, aunque provisoria e incompleta, articulada sobre dos puntos: *1)* la tipología de las adicciones, y *2)* la clínica de los pedidos de desintoxicación (que él da en llamar "desafectación"). Para tal efecto, hizo referencia al concepto de series complementarias propuesto por Freud. Dicho modelo le permitió suponer que los distintos casos de adicción eran pasibles de ser ubicados a lo largo de una serie continua: en uno de los dos extremos se encontraban los casos en los que el comienzo de la fase de descompensación aparecía claramente ligado a un trauma y en el otro extremo, aquellos en los que el trauma es mínimo o difícilmente identificable. A fin de verificar esto clínicamente, delineó historias típicas ubicables en el extremo de la serie continua mencionada.

Un primer tipo de historia estaría caracterizado por la importancia crítica del trauma psíquico, que daría lugar al desarrollo de una adicción. Reflexionando sobre la acción del trauma, Cancrini observó que éste no necesariamente se presentaba como efecto de un hecho dramático que interrumpía la continuidad de la existencia, sino que podía estar determinado por la exposición del sujeto a una experiencia difícil a la que no lograba adaptarse y de la que no conseguía tener una noción clara y certera. En estos casos, el uso de la droga consistiría más que en una búsqueda activa de alivio al sufrimiento, en un encuentro fortuito con el fármaco y con sus efectos.

Un segundo tipo de ingreso a la adicción no estaría ligado a un trauma ni a un conflicto reconocible. Se trataría de sujetos para los que la entrada en la adolescencia pone en crisis su equilibrio. Cancrini observó que en estos jóvenes las adicciones tienden a "encubrir" una forma significativa de las formas más comunes de patología psíquica. Un tercer tipo se asociaría con la posibilidad, próxima al sujeto, de controlar con la ayuda de la droga los síntomas y las consecuencias (sociales o individuales) de una enfermedad psíquica preexistente. Planteó que esto ocurre a menudo en sujetos en los que dicho conflicto se manifiesta según las modalidades características del pasaje al acto. Un cuarto y último tipo correspondería al de aquellos jóvenes cuyo comportamiento problemático se desarrolla como preámbulo de la adicción. Consciente de los límites de esta clasifi-

cación, Cancrini observó, ante todo, la discontinuidad conceptual de los elementos empleados para definirla. No obstante, la consideró oportuna porque gracias a ella es posible realizar confrontaciones más útiles que las hechas hasta ese momento con otros métodos terapéuticos.

Al abordar la cuestión de la desintoxicación, afirmó que las curas con las que se evitan los dolores y las ansias del síndrome de abstinencia no bastan para liberar al adicto de los sufrimientos que había tratado de evitar recurriendo al fármaco, y apeló al concepto de "dependencia psicológica" para disuadir a los operadores terapéuticos de encarnizarse contra el síntoma. Del mismo modo, alertó sobre los riesgos que acarrea la desintoxicación forzada. En su trabajo "La caja de Pandora" (1991), escrito en colaboración con Cecilia La Rosa, es posible hallar indicaciones más recientes y documentadas sobre la tipología de las adicciones, a las que considera como un conjunto no homogéneo de situaciones personales e interpersonales unificadas sólo por el tipo de remedio que se ha elegido para intentar resolverlas. Es así que recompone las cuatro categorías de adicciones, quedando como sigue: *a)* traumáticas; *b)* de área neurótica; *c)* de transición (por la presencia, al mismo tiempo, de elementos neuróticos y psicóticos), y *d)* sociopáticas.

Basado en su experiencia con pacientes adictos (que data de 1967), Cancrini establece que las toxicomanías constituyen –junto con los trastornos de la conducta alimenticia– una de las formas más comunes de presentación de los problemas de desvinculación y de las dificultades de individuación de los adolescentes. Sus autores de referencia son Freud, Breuer, Glover, Bowlby, Rosenfeld y Olievenstein, principalmente.

Por su parte, Julio Moizeszowicz (1982) –miembro de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires– delineó un "perfil psicodinámico del adicto", de acuerdo con el cual es preciso considerar una serie de puntos para el eficaz tratamiento clínico psicopatológico de las adicciones. El primero de ellos reconoce a la droga como objeto enloquecedor que sirve al adicto para alejarlo de su caótica existencia y conducirlo de vuelta al "paraíso perdido" de la vida intrauterina. Este objeto enloquecedor no debe considerarse como bueno o malo, sino como "un objeto idealizado" capaz de interactuar en una modalidad psicótica y no psicótica. La idealización maníaca que el adicto realiza de este objeto lo hace sentirse poseedor de

una nueva situación vital, perdiendo de vista el lado mortífero de ese ideal: momento de alcance supremo donde no hay dimensión de realidad. El segundo punto establece que debe considerarse el tratamiento como un intento de resolución y elaboración del fallido proceso de separación-individuación –tercera fase del desarrollo psíquico del niño, según Margaret Mahler. El punto número tres postula que las patologías adictivas deben manejarse con modernas técnicas de abordaje múltiple (equipo multiaxial), es decir, con "un cuerpo de profesionales reparantes" que pueda constituirse en el depositario fiel de los aspectos más psicóticos del paciente, para así abrir un sendero de desilusión gradual y para favorecer la aparición de objetos transicionales (cuarto y último paso).

Un punto de vista recurrente en la literatura psicoanalítica sobre adicciones es precisamente aquel que define a la adicción como un "objeto transicional". La naturaleza objetal de la conducta adictiva se desprende de la formulación original hecha por el psicoanalista inglés Donald Winnicott en 1951, que caracteriza al objeto transicional como una adicción. Winnicott propone, además, que en determinadas condiciones el objeto transicional es susceptible de tener una evolución patológica e incluso asociarse específicamente a ciertas condiciones anormales, como puede ser el caso de la adicción. Desde esta perspectiva el objeto adictivo constituiría entonces un sustituto del objeto transicional primigenio. Winnicott plantea la adicción en términos de regresión a la fase precoz en que los fenómenos transicionales no son disputados (Bleichmar y Leiberman de Bleichmar, 1989).

Brian Johnson (1999) expuso un modelo objetal que empleaba su propia definición de adicción: "Una adicción es una actividad ostensiblemente placentera que causa daño repetido debido a que la persona involuntariamente adquiere una falta de habilidad para regular la actividad y tiene una urgencia persistente de realizarla. Un sistema psicológico al que podemos referirnos como 'negación' se crea alrededor de la conducta de riesgo. La negación permite al individuo adicto continuar esta actividad a pesar de sus efectos perjudiciales". Esta definición, de acuerdo con su autor, permite a la adicción estar dentro de la consideración psicoanalítica y es usada para relacionar todas las conductas compulsivas capaces de evitar la experiencia interna de abandono. Según este modelo, los adictos no pueden satisfacer sus necesidades de dependencia de forma adecuada en una rela-

ción humana; su necesidad de permanencia del objeto se resuelve mediante la actividad compulsiva elegida. Johnson sugirió la hipótesis de que los sujetos que contraen una adicción son aquellos que en su niñez no lograron internalizar la permanencia de objeto durante el período preedípico y que además sufrieron un temor específico de destruir los objetos propios, a causa de sus impulsos agresivos. En la adicción, desarrollada generalmente durante la adolescencia, la ansiedad de aniquilación experimentada en la infancia cedería su lugar a una conducta adictiva idealizada. Usando este mismo modelo, el autor indicó que el apego al programa de los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos implica una renuncia a la permanencia de objeto proporcionada por la conducta adictiva y promueve la adopción, mediante un "salto de fe", de la creencia de que existen objetos humanos confiables; induce, asimismo, a ser guiado por un Poder Superior interno capaz de proveer una sensación constante de estar acompañado.

Fernando Geberovich, psicoanalista argentino radicado en Francia desde 1976 y miembro de la Societé de Psychoanalyse Freudienne, publicó en 1984 el libro "Un dolor irresistible. Toxicomanía y pulsión de muerte", donde describió las dos figuras "base" de la adicción, dos posiciones o configuraciones del adicto que oscilan en torno al eje del narcisismo reflexivo. Estas dos figuras: sádica –VER(SE)– la primera, y masoquista –DESTRUIR(SE)– la segunda, constituyen dos polos indisociables, en cuyo derredor se organiza la adicción. Anteponiendo en su análisis la importancia del *dolor psíquico*, Geberovich consideró que el examen de la adicción debe pasar por la interrogación de la teoría analítica, misma que debe ser llevada hasta sus últimas trincheras. Y, dado que el estado en que ésta se encontraba hasta ese momento no permitía profundizar en la adicción, este autor se propuso avanzar a partir de la pregunta: ¿qué entidad tiene el dolor en la metapsicología freudiana? Y sobre todo: ¿cómo situar, desde el interior de la teoría psicoanalítica, el lugar clave de la relación del sujeto con el dolor? Para lo cual, dedicó la segunda mitad de su libro a rastrear el origen que el concepto de dolor tiene en la obra freudiana, cuyo alcance teórico sólo puede ser medido –dice él– a partir del análisis del vínculo mantenido por Freud con el dolor y con la cocaína.

Además de realizar un trabajo de reflexión sobre la clínica de las adicciones, Geberovich también abordó el contexto familiar del paciente, formu-

lando una hipótesis sobre el modo en que parece operar lo materno en la adicción; configuración de lo materno a la que asigna un papel decisivo en el universo presubjetivo de quien podría convertirse en adicto. Según este autor, la adicción está ligada al dolor de un duelo patológico del lado de lo materno; es decir, el adicto es el encargado de proteger a uno de sus padres de un duelo patológico, lo que lo convierte en depositario de ese duelo "suspendido". Destinado a constituirse como ídolo de la madre, pronto estará llamado a convertirse en víctima sacrificial, esto es: objeto odiado al que debe destruirse. Pasar de ídolo a víctima lo hará ocupar el lugar de un objeto a perder; pacto mortífero sellado con lo materno al que Kalina y Kovadloff (op. cit.) llamarán más tarde "pacto criminoso".

Miguel Matrajt (1985, 1992) –psicoanalista argentino radicado en México– consideró que las adicciones son efectos de estructura que deben ser analizados en función de modos de producción, clase social, organización familiar, estructura de personalidad, ideología y trabajo; concepción según la cual, alcoholismo y adicción a drogas forman una sola entidad patológica. En el intento por salvar una falla, común a las definiciones de la adicción existentes hasta ese momento, que consistía en no discernir a los adictos *in status nascendi* de los que se encuentran ya en un estado irreversible, anulando con ello toda potencialidad preventiva, Matrajt propuso que el adicto es el sujeto que requiere forzosamente de una droga para lograr un determinado rendimiento psíquico, entendiendo por tal, tanto una vivencia subjetiva como un logro intersubjetivo y describe a la droga como toda sustancia ajena al organismo, que al ser incorporada a éste produce, ya sea por su acción farmacodinámica específica, por el significado que el sujeto le atribuye, o por una combinación de ambos mecanismos, un rendimiento psíquico buscado.

Esta particular comprensión de los fenómenos adictivos condujo a Matrajt a situar su epicentro en el sujeto, su historia, sus determinaciones sociales, los significados que atribuye a los fármacos, y no en las acciones específicas que el agente químico suscita en el psiquismo. A partir de este replanteo, Matrajt se propuso como objetivo el de penetrar, de modo más agudo, en la causalidad individual y social de la adicción al alcohol y a las drogas, para poder extraer alternativas de intervención en el campo de la salud pública. Es así como se encaminó hacia la comprensión de lo que

ocurre en el "acto de drogarse", estableciendo que éste constituye siempre una forma propositiva y controlada de evadir una realidad insoportable, para crear, artificialmente, un micromundo placentero, aunque efímero y fugaz. Las formas que adquiere ese paraíso artificial están determinadas tanto por las cualidades químicas de las drogas como por el contexto grupal de su uso. En uno y otro caso, la droga aparece como el talismán que permite acceder a lo inaccesible: retornar al paraíso perdido para volver a probar el fruto prohibido.

Sobre esta supuesta huida a la fantasía, al universo de la irrealidad prefabricada, López (op. cit.) dirá más tarde que no es más que un "espejismo de goce". El montaje de esta escena fantástica (moldeada desde el yo ideal) es, para Matrajt, un acto de encantamiento, lo que significa que está planteada desde la dimensión imaginaria. Por eso, para el adicto, la droga es la lámpara mágica de Aladino, es la varita mágica de los cuentos de hadas, es el brebaje maravilloso que le permite escapar de un entorno vivido como frustrante. Este autor otorgó al concepto de "frustración" un lugar especial, ya que no es cualquier frustración la que engendra una adicción, sino sólo aquella que es descifrada por el adicto como una afrenta al narcisismo, como una herida dolorosa.

Además de la creación alucinatoria de un paraíso "artificial" regido por el placer, existe, para Matrajt, otro elemento igual de importante en el acto de drogarse: la violación y transgresión de las normas. Puede decirse entonces que el acto de drogarse constituye un ataque, una burla feroz y despiadada dirigida hacia el superyó; y es esta instancia la que, según el autor, confiere su razón de ser al acto adictivo y, en ocasiones, a la existencia misma del adicto. De ahí que el acto de drogarse sea visto por Matrajt como una expresión de rebeldía, de inconformidad, de "antinormatividad", sin llegar a ser por ello un acto revolucionario. El revolucionario es aquél que busca una transformación o abolición de las normas injustas para la sociedad en su conjunto, en cambio, el adicto aspira sólo a encontrar una salida individual sin preocuparse por la trascendencia social.

En relación a la personalidad del adicto, Matrajt refirió que se trata de la personalidad llamada psicopática, por cuanto la adicción es tan sólo una de las múltiples variedades que puede adoptar la psicopatía como cuadro psicopatológico. Desde esta lectura, tanto adicción como psicopatía cons-

tituyen psicosis compensadas y estabilizadas. La intoxicación adquiere así el carácter de un episodio psicótico breve, al cual el sujeto accede cada vez que quiere. La diferencia estriba en que, mientras el psicótico cree firmemente en la realidad de su delirio, el adicto nunca termina de convencerse de la materialidad de la escena alucinatoria por él construida. Siempre que el sujeto disponga de la droga, será capaz de recrear esta experiencia de goce inefable.

En términos metapsicológicos, Matrajt planteó que en el acto de drogarse se produce un borramiento de los límites que dividen el sistema consciente-preconciente, del sistema inconsciente, razón por la cual el proceso primario invade la totalidad del psiquismo. Se trastoca, por tanto, la noción de tiempo (que implica la distinción entre pasado, presente y futuro), imponiéndose lo inmediato atemporal como única dimensión posible. A eso se debe que uno de los rasgos de carácter del adicto sea precisamente el de la baja capacidad de demora, lo que lo lleva a buscar satisfacciones inmediatas de manera compulsiva. Al verse detenido el proceso de simbolización, el adicto no puede canalizar sus emociones más profundas mediante el habla, quedándole como único recurso el de la acción. Según este autor, el adicto haría una equivalencia entre vivir y alucinar. En consecuencia, el acto de drogarse representaría un medio directo de satisfacción pulsional porque, por un lado, permite el libre acceso al placer (fin idealizado de las pulsiones sexuales) y, por el otro, conduce al inevitable derrumbe físico, psíquico y social (fin de las pulsiones de muerte).

Luego de realizar una acerba crítica a las principales escuelas de psicoanálisis (la del yo, la kleiniana y la lacaniana), para denunciar la posición reaccionaria que hay en ellas (por reducir los fenómenos estudiados al ámbito de lo individual, ahistórico y asocial sin dar cabida a los procesos histórico-socio-político-económicos), Matrajt se declaró partidario de las líneas de investigación desarrolladas por autores como Gilles Deleuze, Félix Guattari, Gérard Mendel, Robert Castel y Gregorio Baremblitt, evidenciando así su filiación izquierdista. A su entender, tanto los deseos como el aparato psíquico de los adictos han sido *producidos* y mantenidos propositivamente por la clase social dominante con la intención de controlar la disidencia y la inconformidad social. La clase dominante, según él, ataría al adicto con una "camisa de fuerza química" para despojarlo de todo su cuestiona-

miento social y de su potencial revolucionario. De ahí se desprende que las relaciones objetales tempranas, incluyendo el complejo de Edipo, estén significados y determinados desde la trama social, que comprende determinaciones económicas, políticas e ideológicas, expresadas a través de la organización grupal e institucional, siendo la familia una de las más importantes. Es claro que, para Matrajt, lo pulsional está subordinado a lo social, en la medida en que reconoce como elemento básico de todas las experiencias estructurantes (fundantes del psiquismo) la división de los seres humanos en poseedores y desposeídos, explotadores y explotados, burgueses y proletarios. La tesis central de este autor es que, sobre todo en los sectores bajos y marginados de los países tercermundistas, la droga es una válvula de escape ilusoria frente a la miseria, la marginación y la segregación social. Ante tal argumentación surgen dos cuestionamientos: primero, ¿a eso se habrá referido Marx cuando señaló que la religión era el opio que permitía mantener a los pueblos dominados? Y, segundo: ¿así como no hay clases antagónicas en el modo de producción socialista tampoco habría "producción de adictos"? Páramo Ortega (1996) parece aceptar este hecho cuando dice que el tráfico de drogas es una de las formas que el individuo capitalista, en tanto engrane o resorte al servicio del funcionamiento del sistema, tiene para expandir fácilmente su capital (con la finalidad de conservarlo).

El psicoanalista Eduardo Kalina y el filósofo Santiago Kovadloff (op. cit.), propusieron una serie de interesantes conceptos que contribuyen notablemente, no sólo al estudio psicopatológico del adicto, sino al de su contexto histórico, familiar y social. Consideran que, como resultado de su inconsistencia yoica, la melancolía en la que se sume el adicto puede llegar a adquirir el carácter de una franca psicosis. De este modo, para escapar de esos estados depresivos, que revisten para el adicto la amenaza de la desintegración psicótica, éste organiza su vida como una fuga maníaca. Para Kalina y Kovadloff, la adicción es siempre una conducta psicótica y tiene la estructura de un estado delirante, por cuanto la incorporación del fármaco responde a un estado micro o macropsicótico (dependiendo de la dosis y la frecuencia del consumo).

Para el adicto, según estos autores, la droga no es lo que es sino lo que representa. El adicto sistematiza su pensamiento de un modo delirante

que encierra su propia lógica y, por medio de una ecuación simbólica, adjudica a la droga un valor mágico. Esta lógica resulta insensible a la corroboración externa, es inmodificable por la experiencia y no admite conciencia de enfermedad. De ahí se desprende que el acto adictivo sea, en sí mismo, psicótico. A este estado, Kalina y Kovadloff lo denominan "síndrome de Popeye". El modelo de Popeye comiendo espinacas constituye el ideal maníaco de identificación con la madre que se desempeña como un superyó sádico. El hijo pasa a ser un yo maníaco que recibe el núcleo melancólico de la madre y actúa dicha "depositación" de la que es objeto mediante su propia sedación adictiva, con la cual –a su vez– intenta salvar a la madre. El padre cede al hijo para salvarse él mismo, configurando así lo que los autores llaman un "pacto criminoso" que constituye una trama siniestra. Es como si el marido dijera a su mujer: "Ahí tienes un hijo para entretenerte, así que no me fastidies, y yo *haré la vista gorda* de toda la explotación que hagas de él". Así, en función del "pacto criminoso", el adicto llega a inmolarse; esto es, se ofrece en sacrificio para equilibrar-calibrar el contexto familiar. Por eso, dice Kalina, "él, más que un ser, un otro, es un apéndice al servicio de las necesidades de los que lo gobiernan".

La orientación conceptual de Kalina y Kovadloff, cuyo eje es la idea de que el simple hecho de consumir drogas pone de manifiesto la existencia de una organización psicótica activa, se asienta en las reflexiones de José Bleger sobre los núcleos psicóticos de la personalidad. En realidad, desde que los distintos autores comenzaron a preguntarse sobre la embriaguez y el consumo neurótico del alcohol, llegaron a considerar el alcoholismo como un trastorno grave y cercano a los estados psicóticos. Por ejemplo, Monjauze (citado en Cerclé, op. cit.) llegó a postular la existencia de una psicosis específica debida a una patología particular de la actitud materna capaz de inducir una angustia permanente de desaparición en el futuro alcohólico crónico.

Eduardo Kalina es un autor de orientación interaccional que entrecruza el modelo psicodinámico individual (de influencia kleiniana) con el esquema familiar-social. Su postura representa un salto epistemológico que va del enfoque intrapsíquico al abordaje estructural. Bejos (2000) ha dejado ver cómo este salto trasciende la explicación lineal del "por qué", ele-

vándose por encima del laberinto de las causaciones psíquicas para encontrar un "para qué", que permita dar al consumo una connotación distinta de la de aquellos que lo condenan simplemente por considerarlo nocivo y destructivo. La pregunta "para qué" constituye un elemento guía que permite descubrir la función de ocultamiento que el consumo cumple en el adicto. De esta manera y, siendo consecuente con su convicción de que la realidad investigada es siempre más rica y diversificada que las posibilidades que ofrece una sola corriente interpretativa, Kalina combina esquemas referenciales tan disímiles, como el intrapsíquico, por un lado, y el interaccional, por el otro, por considerar que, aunque de distinto origen, tales enfoques no son excluyentes sino complementarios.

Para la construcción de este abordaje integral, Kalina se valió de las teorías de Bleger, de quien fuera discípulo y supervisando. Bleger, que también era médico de profesión, se interesó desde el principio de su formación no sólo en los factores sociales que inciden en la enfermedad, sino también en los avatares del funcionamiento psíquico y neurológico (Dagfal, 2009). De este modo, llegó a sostener que tanto la causalidad como la motivación pueden ser estudiadas en todos y en cada uno de los ámbitos de la conducta: psicosocial, sociodinámico e institucional, instancias que no pueden existir independientemente por estar siempre implicadas y relacionadas. Así, en el libro "Psicología de la conducta", obra insoslayable publicada en 1963, expuso lo siguiente: "Si se trata, por ejemplo, de investigar el alcoholismo, se puede estudiar la causalidad y la motivación del mismo en los individuos, los grupos sociales o las instituciones (ámbitos de la conducta), y a su vez, en cada uno de ellos puede ser estudiado en distintos niveles: psicológico (depresión, ansiedad, etcétera), biológico (causas metabólicas, etcétera), socioeconómico (período de crisis económica, inflación, guerra, etcétera)" (Bleger, 1963: 137).

Sylvie Le Poulichet (1987), psicoanalista francesa, publicó uno de los textos más lúcidos y cabales que se hayan escrito acerca del tema: "Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo", donde introduce nuevas preguntas sobre "esta curiosa entidad" –como da en llamar a la adicción– e interroga las condiciones en las cuales puede ser abordada desde una perspectiva psicoanalítica. En su investigación epistemológica –de la cual se nutre la nuestra–, la autora partió de los distintos discursos evolutivos

que se han aproximado a este objeto, atendiendo en todo momento a su modo de constitución y sus puntos de demarcación, planteándose luego la pregunta por las posibilidades y las condiciones en las que una teoría psicoanalítica sobre las adicciones puede encontrar su pertinencia.

Una de sus primeras hipótesis a comprobar es aquella que plantea que la adicción precipita un saber y causa un apuro por concluir, por construir verdades y certidumbres engendradas. No obstante, esta autora consideró que la noción misma de "adicción" se coloca en una verdadera "encrucijada" temática; indeterminación que se duplica en una indecibilidad que registra sus huellas en inconsistencias epistemológicas que subsisten en el interior de cada una de las disciplinas que se ocupan de ella. Además –agrega Le Poulichet–, los afanosos intentos por encontrar una definición de "la adicción" no responden más que a una tentativa de fijar un único objeto de investigación para todas las disciplinas, lo cual atestigua el perpetuo asombro engendrado por dicho fenómeno.

La influencia del psicoanálisis sobre la comprensión de las manifestaciones adictivas ha demostrado ser –dice ella– totalmente errónea; sobre todo la ejercida a partir de la década de los cincuenta, época en que tuvo lugar el nacimiento de la psicofarmacología moderna. Sin embargo, algunos de los primeros discípulos de Freud (en especial, A. Gross, E. Glover y S. Ferenczi) antes habían elaborado hipótesis originales acerca del abordaje psicoanalítico de las adicciones; trabajos que pronto cayeron en un cierto olvido con la aparición no sólo de las investigaciones psicofarmacológicas sino de un discurso sobre "el flagelo social" de la droga –en la década de los setenta–, que alimentó la figura escandalosa y espectacular del "adicto". Discurso que constituye, a su parecer, una primera dificultad, en la medida en que un sujeto que se reconoce a sí mismo como "adicto" se ve fácilmente atrapado en esa denominación. Así se erige un imperativo de representación del "adicto" al que no escaparían algunos de los estudios inspirados en modelos psicoanalíticos que han intentado explicar la adicción y analizar al adicto.

En la práctica clínica con este tipo de pacientes se puede realizar un trabajo como en los bordes de la cura. Es allí donde, a decir de esta autora, las adicciones interrogan al psicoanálisis al llevarlo a los límites de su práctica y de su ética. Lejos de las complacientes teorías que hacen referencia a la

meta autodestructiva –como la que expresa eufemísticamente que "todo alcohólico es un suicida en potencia"–, habría que interrogar el enigma del tóxico, así como la función que éste cumple en cada caso dentro del marco de una clínica psicoanalítica. Resulta interesante saber que *pharmakon* (ese otro nombre del tóxico en "La Farmacia de Platón" de Jacques Derrida) significa al mismo tiempo remedio y veneno. Con su doble faz, el *pharmakon* representa de modo paradigmático aquello que encierra en sí mismo a su propio contrario. Puede advertirse desde aquí de qué manera la ambigüedad y reversibilidad, puestas en juego por el *pharmakon*, se ven claramente plasmadas en la apuesta freudiana de encontrar en la cocaína un medio para la curación de las adicciones. Tampoco para Ferenczi había pasado desapercibida la estructura del *pharmakon*: "Mientras que para algunos sujetos 'que no toleran el alcohol' la bebida es una tentativa inconsciente de auto-curación mediante el veneno, otros neuróticos, arriesgándose a caer en el alcoholismo crónico, emplean este producto como medicamento, conscientemente y con éxito" (Ferenczi, 1911: 209 y 210).

No se trataría entonces, desde el punto de vista de Le Poulichet, de "tratar" simplemente con psicoanálisis las adicciones, sino de fundar en primer término, mediante "la privación" y "la abstinencia" (de la que habla Freud en "Puntualizaciones sobre el amor de transferencia"), un espacio de palabra capaz de llevar al paciente a construir una demanda de análisis. En lugar de tratar de "curar la adicción", el analista se vería llevado entonces a suscitar nuevas formaciones que figuren las preguntas fundamentales del sujeto. Pero dejemos la palabra a la propia autora: "El elemento esencial que permite anudar una transferencia es sin duda la creación de un síntoma, en la medida en que el paciente pueda poco a poco organizar su discurso en una nueva queja dirigida al analista, que designe un enigma. Entonces, entre el momento en que acude a la cita con el analista para desembarazarse de 'la toxicomanía', y aquel en que descubre una fuente enigmática de sufrimiento de la que puede quejarse, ha cobrado forma un nuevo mensaje que da testimonio de una nueva posición dentro de la palabra" (Le Poulichet, op. cit: 178).

El psicoanalista argentino David Maldavsky consideró que en los procesos tóxicos (adicciones, afecciones psicosomáticas, epilepsia) el punto de confluencia es la estasis pulsional y observó que en todos ellos falta la

posibilidad de organizar un mundo sensorial significativo y un universo afectivo con matices diversos. Al describir el entramado defensivo que determina la producción de un desenlace psíquico como el de las adicciones, Maldavsky destacó el lugar que en éste ocupa la desmentida de la castración materna, defensa que no conduce a colocar (como formación sustitutiva) un fetiche, sino una droga, en el esfuerzo por refutar un juicio traumatizante. Se trataría, como bien pudo advertir Freud, de una defensa precaria y fracasada. Es, por cierto, en su trabajo dedicado al "Fetichismo" (1927), donde Freud nombra "adictos" a aquellos hombres cuya elección de objeto está regida por un fetiche; de ser así, este último estaría entonces ubicado en la serie de los "objetos" capaces de generar adicción.

A esta desmentida de la castración habría que agregar, de acuerdo con Maldavsky, la de la muerte o caída de un padre nutricio que, al constituirse en sostén anímico sustitutivo de la función materna, quedó inutilizado para desempeñarse en su función paterna. La caída o muerte del padre coincide en muchos casos, según este autor, con la agudización de la conducta adictiva. Otro recurso defensivo a que apela el adicto –complementario al de la desmentida de la castración– sería el de la desmentida de un juicio proveniente de la autoobservación (del superyó), que dictamina que existe una discrepancia entre el yo y el ideal. La desmentida de ese juicio devaluatorio permite que sobrevenga una convicción sobre la grandiosidad del yo, que evita que en éste se desarrolle un sentimiento de inferioridad. Ahora bien, cuando esta defensa ante la autoobservación fracasa, se añade al sentimiento de inferioridad un sentimiento inconsciente de culpa que desencadena estados depresivos con efectos devastadores. El estado depresivo que se presenta en las adicciones estaría relacionado con la pérdida de la significatividad de todo proyecto vital, así como con el despojamiento de la cualidad del afecto mismo, por lo cual éste pierde el matiz que le es específico. Al permanecer inconsciente el sentimiento de culpa, la voz de la conciencia crítica queda acallada, esto debido a la intervención de una defensa más: la represión de la conciencia moral. Lo que acontece en la actividad adictiva es entonces que, al reprimirse el sadismo superyoico, se hace evidente su contraparte: el masoquismo del yo, mismo que puede generar manifestaciones de alto riesgo para la integridad no sólo anímica sino orgánica del paciente.

Ahora bien, cuando predomina la desmentida de un dictamen de la autoobservación, le está permitido al yo desafiar al superyó, y en consecuencia, realizar actos transgresores sin que exista una oposición interna eficaz. Desde la perspectiva de Maldavsky, la adicción podría entonces encuadrarse en el contexto de las figuras transgresoras, como es el caso de las perversiones y las psicopatías; pero lo estaría en todo caso no sólo por ese carácter desafiante y transgresor, sino sobre todo –y es esto lo que nos interesa resaltar– por el mecanismo del que hace gala, que es además el mecanismo propio de la perversión, a saber: la desmentida (*Verleugnung*) o, para emplear un término más preciso, la renegación. Diferimos, no obstante, de este planteamiento por considerar, como lo han hecho ya otros autores (Kalina, 1988; Braunstein, 1990; Salamonovitz, 1999), que la adicción es una conducta que puede manifestarse tanto en neuróticos como en perversos o psicóticos, y dado que no se trata de una estructura clínica particular, tampoco puede suponerse que le corresponda un mecanismo propio. En defensa de este argumento, Le Poulichet (op. cit.) ha dicho que la "cancelación tóxica" –que es el modo de operar del *pharmakon*– no puede ser situada en el mismo nivel en que se ubica la represión con respecto a la neurosis o la forclusión en relación a la psicosis, por el simple hecho de que la adicción es una formación heterogénea y, en cuanto tal, debe ser referida al campo íntegro de la psicopatología. Esto es: no constituye una "estructura" ni un síntoma, sino un dispositivo de autoconservación paradójica.

Hay que aclarar también que antes que Maldavsky, Rado había hecho mención del mecanismo renegatorio en la adicción, pero no referido al fetichismo sino a la homosexualidad, atribuida por él a la influencia del masoquismo. A su entender, en todos los casos de adicción se da un ataque a la genitalidad, lo que fortalece y estimula de modo reactivo al masoquismo. Y si existe un trasfondo homosexual en todo tipo de adicción es en la medida en que conlleva una gran ventaja: para el yo la homosexualidad es más aceptable que el masoquismo, pues lo que permite es desmentir la castración.

Si bien, en un inicio, Maldavsky adscribe las adicciones al campo de la perversión, establece luego una diferenciación entre las distintas figuras transgresoras (perversiones, psicopatías y adicciones) derivada de los tipos

de imperativos categóricos cuestionados en cada caso. Tales cuestionamientos no son otros que los desafíos lanzados por el yo al superyó, donde se constituyen específicamente tres imperativos morales o categóricos: *1)* aquellos que imponen una meta y un objeto al erotismo, *2)* aquellos que imponen la necesidad del trabajo para sustentar las exigencias orgánicas y *3)* aquellos que exigen la admisión de la muerte individual.

Mientras las perversiones se revuelven contra el imperativo categórico respecto de la sexualidad, las psicopatías cuestionan el que se refiere al trabajo, y las adicciones, el que tiene que ver con la admisión de la propia muerte. Los adictos se caracterizarían, entonces, por desafiar el imperativo que alude a la necesidad del morir personal, y la convicción acerca de su inmortalidad les permite revolverse contra el imperativo referido a la necesidad del trabajo como modo de autoconservación, y contra el imperativo derivado del procesamiento psíquico del erotismo. Este rechazo a la ley de la muerte, que marca además la posición del adicto con relación al deseo, es puesta de manifiesto por Milner (1971: 28) cuando dice que: "Todo se sucede como si no se quisiera someter a *una de las leyes fundamentales que es aquella de la limitación del deseo impuesto por la existencia de lo impensable, de lo ineluctable:* la muerte del sujeto".

Cuando la desmentida de la ley de la finitud individual fracasa, entonces la realidad de la muerte es convocada hasta el punto de volverse particularmente eficaz. Todo ello trae como consecuencia un deseo masoquista irrefrenable de autodestrucción, cuestión que emparentaría a la adicción con la depresión y la melancolía. Sólo que, a diferencia de éstas, el mecanismo introyectivo de aquella se da por una incorporación orgánica, a la que le corresponde una falta de cualificación psíquica. De este modo el adicto apela a la creación de una nada en lugar de la cualificación, de la conciencia, es decir que recurre a una desaparición del sentimiento de sí. No se trata en esencia de la incorporación de una droga, sino más bien de la pulsión sexual vuelta ella misma una sustancia libidinal tóxica, alterada en su quimismo. Esta intuición se aproxima a la adelantada por Le Poulichet en cuanto a que el verdadero tóxico no es la droga como tal. Según esta autora, habría que decir entonces que "la sexualidad figura un 'tóxico' si el cuerpo no es elaborado en el Otro, en el lenguaje" (Le Poulichet, op. cit: 101). Aunque, a decir verdad, fue Abraham quien, en el primero de

sus textos aquí citados, no dejó de insistir en las relaciones existentes entre la adicción y la sexualidad: "Pareciera que la droga evoca en ciertas personas histéricas una excitación sexual, que debido a su peculiar constitución psicosexual, se convierten en síntomas físicos y sentimientos de ansiedad [...] Cuando se les da una inyección hipodérmica de morfina, etc., la consideran como un ataque sexual [...]" (Abraham, op. cit: 67). Rado evidenció también la naturaleza erótica de estos estados, pues estaba convencido de que en la adicción la intoxicación se había convertido en un fin sexual; tan es así que llegó a hablar del efecto *orgástico* de los intoxicantes. De igual forma hizo alusión a las sustancias sexuales tóxicas.

La abolición del sentimiento de sí a través de la desestimación de la realidad intrapsíquica (representada en lo anímico como conjunto de huellas mnémicas) y la conciencia (como cualidad sensorial y afectiva) es la expresión del retorno mortífero del superyó como puro cultivo de pulsión de muerte. Así pues, el yo mantiene la suposición de estar condenado por el superyó a la aniquilación. La incorporación –considerada por Maldavsky el mecanismo específico en las adicciones– constituye un modo de perturbar el desarrollo del procesamiento psíquico de las mociones pulsionales, a la manera de un cortocircuito que suprime mediadores e interfiere en la conquista de una complejización psíquica, lo cual atenta contra la producción de ciertos criterios para articular las relaciones entre las huellas mnémicas. Pese a que la función del proceso incorporativo parece ser, inicialmente, la de aportar un recurso vital adicional y otorgar un suplemento energético, al cambiar de signo, se trasmuda en factor esencial del arrasamiento de la tensión vital.

Aun cuando Maldavsky parece llevar a cabo el deslinde entre distintas estructuras clínicas en que puede darse el desenlace adictivo (neurosis, perversión y psicosis), destacando el valor específico de la adicción en cada caso, subsiste una ambigüedad respecto a si otorga o no a la adicción el estatuto de configuración o estructura clínica. Nos inclinamos a creer que sí, puesto que para él es posible compararla con otras supuestas estructuras. Así, por ejemplo, estableció que entre la adicción y la melancolía existen puntos en común, uno de los cuales sería la posibilidad del acto suicida. Otra "estructura" con la cual la adicción tendría cierta similitud es la psicosomática, ya que en ambas sobreviene una desestimación de ciertos jui-

cios del superyó que dictaminan lo que es útil y lo que es nocivo para la autoconservación; además de que adicciones y fenómenos psicosomáticos ponen de manifiesto el apego a un contexto intoxicante, es decir, revelan la necesidad de un estado tóxico.

Como puede advertirse, uno de los grandes aciertos de este autor consiste en haber considerado el andamiaje defensivo de las adicciones no tanto desde el punto de vista dinámico sino más bien desde su correlato económico, a partir del cual es posible discernir un primer momento de herida narcisista, seguido por un retiro de investidura de los representantes anímicos de la realidad (percepción, huellas mnémicas o representaciones-cosa, superyó); proceso que desde la perspectiva dinámica se denomina desestimación psicótica. Este segundo momento de retiro libidinal se complementa con una retracción narcisista que promueve, en principio, una ilusión de omnipotencia que, al no sostenerse, da lugar a una angustia hipocondríaca. A ello sucede el tercer momento, restitutivo, que implica una mudanza de investidura en la tentativa de recuperar el enlace con el mundo y la consiguiente sobreinvestidura de lo antes desinvestido. Pero como la pulsión de muerte ha dislocado aquello que fue abandonado por la libido, la restitución de la investidura pone de manifiesto un desgarrón, una imposibilidad recuperatoria.

Más adelante veremos de qué manera, a partir de esta concepción de la adicción, entendida como un modo de procesamiento psíquico que deja paso al desenfreno, es posible hallar el fundamento metapsicológico de las adicciones (cuarta de nuestras demostraciones epistémicas).

Otro autor que se sirve del mecanismo de la renegación para dar cuenta de lo que acontece en las adicciones es Geberovich (op. cit.), aunque de un modo muy distinto a como lo hace Maldavsky: en tanto que este último tiende a incluir la adicción en el campo de la perversión, el primero trata de distinguir claramente la una de la otra, sin descartar la posibilidad de un paralelo metapsicológico entre la adicción y la perversión. Si bien en ambas se efectúa una renegación, en el caso de la perversión dicho mecanismo interviene sobre un sector perfectamente delimitado y restringido de la realidad, mientras que en la adicción opera sobre el conjunto de la realidad. Es así que la posición desafiante del sujeto aparece del mismo modo, pero referida en este caso no tanto a los imperativos superyoicos

sino a todo cuanto sostiene el principio de realidad. Ahora bien, esta renegación extendida de manera permanente a toda la realidad se produce, tal como ocurre en la perversión, en una secuencia de dos tiempos: aseveración y desmentida.

Aunque con frecuencia se observen prácticas sexuales perversas en adictos, para Geberovich, la adicción *no* es perversión por el simple hecho de que estas prácticas tienen una función y una importancia totalmente subsidiarias respecto de la adicción, en la medida en que constituyen medios y no fines en sí mismos. Vemos, pues, cómo, decididamente, Geberovich considera la adicción como una organización psicopatológica autónoma, pese a que no niega su aparición como factor dominante en otras estructuras. Su reconocimiento de la adicción como entidad patológica específica se fundamenta en la observación de casos clínicos que ponen de manifiesto la existencia de cierto número de rasgos compartidos entre muchos de ellos. Y así como en Maldavsky el mecanismo específico de las adicciones es la incorporación, en Geberovich toca el turno a la anestesia autolítica: término que "comprende el aspecto 'auto', un actuar sobre sí, para suprimir tóxicamente una tensión que sería dolor más que representación prohibida, sufrimiento más que displacer, acto repetitivo que no alcanza a estructurarse como síntoma" (Geberovich, op. cit: 12).

Esta renegación adictiva se da por una *desinvestidura* progresiva de todo aquello que no está integrado en el ciclo de la droga, de ahí que la renegación sobre la realidad exterior resulte indisociable respecto de un movimiento de repliegue narcisista efectuado por el adicto, en el que la droga es el medio para sostener una posición de omnipotencia narcisista artificial. Puede decirse entonces que para el adicto la renegación de toda realidad constituye un imperativo narcisista y que en comparación con la perversión, que obtiene una ganancia, le implica un costo (desde el punto de vista de la economía psíquica) mucho mayor. Es en este sentido que podemos afirmar que la adicción es una perversión fallida.

Y así como no puede decirse que la adicción sea una perversión, tampoco puede otorgársele a la droga el estatuto de "objeto". Se trata más bien de un producto-instrumento, pivote-prótesis narcisista que falla en tanto que *apoyo* para acompañar una tentativa desesperada de constitución del objeto. El objeto para el adicto, así como el sujeto, aparecen como

eternamente no-aún-constituidos o como ya-destruidos. Si, entonces, la droga no puede reducirse a la categoría de objeto real ni a la de objeto interno, tampoco puede ser categorizada como un fetiche ni como un objeto transicional ni, aun, como un significante. De este modo, Geberovich se diferencia notablemente de aquellos psicoanalistas que pretenden equiparar el objeto-droga con un objeto-fetiche; tal es el caso de Maldavsky (op. cit.) o de López (op. cit: 90), para quien "en el adicto, el Edipo ha simbolizado la castración, pero la renegación de la pérdida fálica conserva como monumento ese objeto 'fetiche' que es la droga (mejor aún, sus efectos), mediante el cual, como consuelo, el sujeto alcanza la satisfacción". Este último autor asimila la droga a un objeto fetiche siguiendo al Freud del "Fetichismo" quien consideró que con la creación del fetiche (entendido como sustituto genital) el horror a la castración se ha erigido un monumento recordatorio. Ahora bien, teniendo en cuenta que el fetiche no es nada en sí mismo, en cuanto a una cosa en sí, López consideró que el valor "fetiche" del objeto depende de la función significante, siendo esto válido sólo en el caso de la perversión. Es por eso que Geberovich hace notar que, "mientras que el fetiche es para el perverso condición significante de la investidura de la realidad, la droga es progresivamente *cosa* cuyos efectos fabrican una realidad distinta que reniega toda la realidad" (Geberovich, op. cit: 61).

Entonces, en tanto que el fetiche es "signo", la droga apunta a la eliminación de la significación, o todavía más, a la inutilidad de todo discurso. Dicho de otro modo: mientras el fetiche "nada" en el lenguaje, el lenguaje se ahoga en la droga; lo cual lleva a este autor a sostener la idea de que, aun cuando en un inicio la droga funcione como fetiche en el interior del lenguaje, en el adicto avanza de modo invariable hacia la destrucción del mismo. Más adelante veremos la manera en que esta idea se articula con otra de nuestras demostraciones epistémicas: aquella que afirma que las adicciones constituyen un trastorno del lenguaje.

Hacia 1923, Hanns Sachs había reparado en la similitud existente entre las bases psíquicas de la perversión y de la neurosis. Partiendo del supuesto que indica que hay un gran parentesco estructural entre la satisfacción perversa y el síntoma neurótico, este discípulo de Freud consideraba que podría darse el pasaje de un síntoma neurótico hacia una gratificación per-

versa, o viceversa, a través de una hilera consecutiva entre un extremo y otro. Entre ambas estructuras psicopatológicas Sachs incluyó justamente a las adicciones, a modo de "eslabón perdido", bisagra o punto intermedio. Dice así: "Creo haber encontrado entre los toxicómanos un eslabón de significado práctico y de principio. O sea en los alcoholistas, morfinómanos, cocainómanos y en aquellos fijados a fumar o masticar. En estos casos se ve claramente que lo imponente, lo dominante del individuo, son las fuerzas libidinosas que han sido separadas del yo, a las que a menudo se ha considerado como pertenecientes a la neurosis obsesiva. Por el otro lado tienen en común con las perversiones que para la conciencia no son, como en los síntomas neuróticos compulsivos, actos indiferentes o más a menudo un ceremonial desagradable, sin sentido y una pérdida de tiempo, sino un acto indudablemente satisfactorio. El hecho de que esta satisfacción se haya alejado de la realidad primitiva hacia algo inofensivo –o sea no hacia lo referente a la vida sexual infantil, adquiriendo así el carácter de una gratificación sustitutiva para un deseo reprimido o inaccesible– la hace acercarse más al síntoma neurótico" (Sachs: 17 y 18).

En su intento por formular teóricamente algunas de las preguntas nacidas en su práctica clínica con adictos (compartida con analistas como Kalina), Eduardo Vera Ocampo (1988) trató de mostrar por qué razón un enfoque psicoanalítico sobre la problemática adictiva debía atenerse a la escucha del sujeto, y rechazar toda tentación médico-sociológica. Primeramente analizó la adicción como concepto forjado por el discurso médico para hacer ver de qué manera en dicho discurso la droga es concebida como "un objeto sustancial" que, merced a sus facultades farmacodinámicas, tendrá el poder de "producir un toxicómano", evacuándose con ello la dimensión misma del sujeto. Luego da la palabra al paciente a fin de escuchar lo que tiene para decir sobre la droga. Si de acuerdo con la concepción médica, "la droga hace al adicto", desde el punto de vista psicoanalítico tendría que invertirse el postulado médico diciendo que "el adicto hace a la droga", debido al lugar que le asigna en la psique y en función del tipo de vínculo que establece con el objeto. Así, para Vera Ocampo, todo intento de profundizar en la problemática del adicto lleva en sí la necesidad de interrogarse sobre la calidad particular del vínculo que une al sujeto con el objeto droga. Se propuso también poner de re-

lieve la hipótesis de que el adicto tiene, respecto de la droga, un discurso especular al del médico; es decir, menciona como causa esencial las propiedades farmacológicas de la droga, dejando a un lado todo lo que concierne a su historia y su subjetividad. El diálogo entre el adicto y el médico se convierte así en un diálogo de sordos.

Pero ser adicto supone también una manera de hablar y un lenguaje propio de esta práctica. Así pues, se presenta como poseedor de una *experiencia* intransmisible que inscribe en una *ideología* particular y un *código* preciso del que están excluidos los que no comparten esa cosmovisión. Se crea, de este modo, un espacio de identificación con un grupo de pertenencia y de referencia. Es a partir de este punto que Vera Ocampo estudió el vocabulario creado por los adictos y su función en la práctica adictiva, y estimó necesario que todos los que se interesan por esta problemática deben estar familiarizados con su jerga, razón por la cual expone un glosario que comprende alrededor de cuatrocientas palabras alusivas a los objetos, conductas y a la experiencia adictiva. Ese código se estructura en torno de un pequeño número de palabras clave. Es, como el argot empleado en el medio delictivo, la lengua de una cofradía secreta.

En la constitución de este lenguaje intervienen tres elementos: *1)* un vocabulario técnico, *2)* un conjunto de procedimientos de formación del léxico que permite codificar las palabras para crear un lenguaje secreto, y *3)* un lenguaje marcado, en el sentido de que indica una pertenencia al "medio" o grupo. Es indispensable, pues, para la "comunión" de la subcultura de la droga. "Una persona no es 'un verdadero adicto' si 'no habla' el lenguaje del adicto".

En un segundo momento propuso algunas ideas de orden metapsicológico tratando así de dar cuenta de aquello que en la clínica nos deja a menudo sin palabras, a saber, el lazo irreductible del adicto a la droga. Concluyó que, *el objeto de placer*, en estos casos, se ha convertido en *objeto de necesidad*. Más aún: la condición necesaria para poder satisfacerse es que el objeto del placer ocupe su lugar entre los objetos de la necesidad. Esta "biologización" del placer debe ser entendida, dice él, como un modo de "pervertir la pulsión". Es a partir de ese deslizamiento hacia el registro de la necesidad como condición previa del placer, que comienza a tejerse la lógica *subyacente* a la problemática adictiva. De acuerdo con su

punto de vista, el paso del consumo de droga a la adicción propiamente dicha, está dado por la desaparición del *intenso sentimiento de placer* vinculado con el consumo ante la repetición que irrumpe bajo la forma de una compulsión a drogarse. Es ese el momento en que *la repetición ocupa el lugar del placer*.

En nuestro continente, el psicoanalista venezolano Rafael E. López Corvo, miembro de la Asociación Venezolana de Psicoanálisis, echó mano de varios modelos teóricos psicoanalíticos tales como los aportes de Melanie Klein y de Wilfred Bion, además de las contribuciones clásicas del mismo Freud, para el manejo de pacientes con pronóstico muy grave, los cuales, en virtud de la rigidez y demarcación caracterológica de sus defensas, dificultan cualquier otra intervención terapéutica. En su libro *La rehabilitación del adicto* (1994) evalúa en primer lugar el concepto de "narcisismo patológico", para luego estudiar lo referente a las adicciones, así como la patología de los pacientes. Planteó la existencia de, por lo menos, dos perspectivas desde las cuales puede concebirse el narcisismo, una se refiere a la cualidad *idealizante* del objeto introyectado (en la que convergen las definiciones dadas por Freud, Kernberg, Hartmann y Kohut), en tanto que la otra está relacionada con la cualidad *fusionante* entre self y objeto (más acorde con las conceptualizaciones de Klein y Bion).

De acuerdo con López Corvo, puede hablarse de "narcisismo patológico o destructivo" en los casos extremos en que los mecanismos de identificación proyectiva e introyectiva descritos por Klein, mismos que representan a la posición esquizo-paranoide, alcanzan tal nivel de intensidad, cuantía y rigidez que la mutación hacia la posición depresiva se torna imposible. En esta situación seriamente patológica, el ataque continuo sobre el objeto bueno incrementa la cualidad persecutoria del objeto malo y, consecuentemente, el nivel de ansiedad. En la génesis de la patología también cobra importancia el instinto de muerte.

Asimismo, tomó prestado el concepto bioniano de "continencia" para describir a la madre "normal" (continente) capaz no sólo de metabolizar la ansiedad aniquilatoria proyectada en ella por su hijo (contenido), sino además de proveer a éste de instrumentos básicos para lidiar con la ansiedad. Cuando la madre recibe la ansiedad "cruda" del niño, la metaboliza

y la devuelve libre de sus componentes tóxicos o aniquilatorios. Del mismo modo, haciendo uso del concepto de "sostén" (*holding*) descrito por Winnicott, consideró que el terapeuta debe tratar en cada sesión de disminuir el nivel de ansiedad de su paciente.

Es pertinente transcribir en este punto la definición que López Corvo (op. cit: 151) da de las adicciones: "la subyugación del yo al objeto malo idealizado ('gang narcisista'), organizado sobre un espacio transicional, casi siempre de procedencia anal, en donde el adicto se encuentra atrapado en una relación simbiótica con su madre, por lo general, representando para ésta la fantasía de un falo fecal". Las clasificó, además, en dos tipos: *1)* como *función o defensa*, y *2)* como *estado o estructura*. En el primer grupo las drogas se utilizan como una especie de medicina para mitigar los estados de ansiedad y sufrimiento sentidos como incontenibles por las funciones defensivas del yo, lo cual lo llevó a establecer otra división: la de las drogas *Hedónicas*, si se busca el efecto relajante, sea como ansiolítico (opiáceos, marihuana, alcohol) o antidepresivo (cocaína, anfetaminas), y las drogas *Paradójicas*, como son los alucinógenos (LSD, psilocibina, mescalina). En el segundo grupo, las drogas son importantes no sólo por sus efectos tóxicos sobre la mente, sino además en virtud de un cargado contenido simbólico, representando un objeto transicional o fetiche.

El español Alonso-Fernández (1996) propuso que la clave del origen de la adicción al alcohol radica en la personalidad. Aquel que puede desarrollar el alcoholismo se caracteriza por una personalidad inhibida o reprimida y con un yo débil, proclive a caer presa de las vivencias de soledad y desesperanza. A estos sentimientos, en tanto factores *alcoholomanígenos*, se les puede extrapolar el significado del dolor como factor *toxicomanígeno*: el problema del padecimiento adictivo no es el dolor mismo, sino lo insoportable del dolor. El recurso defensivo favorito del alcohólico potencial para evitar la invasión de tendencias no controladas, es la represión, lo que conduce a una nueva restricción y un empobrecimiento de la personalidad, mal integrada, con poca energía y débil. En resumen, para este autor, el hombre candidato al alcoholismo se aloja estrictamente en un presente asfixiante y opresor, con un pasado que constituye una amenaza contra su integridad, una especie de abismo que exhala soledad, desengaños y fracasos, y un futuro bloqueado y sin esperanzas. Bajo los influjos

del alcohol, estas personas se deslizan bruscamente de la inercia al frenesí, como siendo transportadas al paraíso.

En referencia al tema de la "personalidad prealcohólica" o de los rasgos de carácter "típicos del alcohólico", Velasco (1981: 49) ha avanzado una interesante conclusión con la que, por cierto, estamos de acuerdo: "no existe una 'personalidad alcohólica' definida ni hay rasgos que puedan 'explicar' el origen o la evolución del alcoholismo: nada de lo que se ha argumentado al respecto ofrece seguridades para diagnosticar el potencial de los individuos para convertirse en alcohólicos".

En su conferencia "Del hacer al decir. La clínica de la toxicomanía y el alcoholismo", pronunciada dentro del marco de las II Jornadas del Instituto del Campo Freudiano en 1996 y publicada dos años después, Eric Laurent señaló que hay tres tipos de tratamiento con adictos: *1)* **por la vía de lo simbólico**: consistente en producir un "destete" identificatorio con el diagnóstico de adicción, que implica incidir discursivamente, bajo la premisa de que el inconsciente está estructurado como un lenguaje, *2)* **por la vía de lo real**: se trata de cortar al toxicómano de su tóxico (como en la cura de desintoxicación), lo cual tiene implicaciones directas sobre el organismo y *3)* **por la vía de lo imaginario**: en la que se generan identificaciones reforzadas entre los miembros de un grupo (de ayuda mutua, por ejemplo) y se da una identificación horizontal al pecado común, de modo tal que todos comparten la ilusión de haber gozado por igual del mismo objeto-droga.

Desde el punto de vista de Laurent, no hay un tratamiento que sea mejor que el otro porque todos ellos son indispensables para interesar al sujeto en su inconsciente, lo cual se logra produciendo ese "destete" de la identificación. Se trata de saber ubicar cuál de estos métodos conviene más a un sujeto para que llegue a formularse la pregunta "¿quién soy?", y buscar, a partir de ahí, en su inconsciente signos de identificación posible. Laurent también distinguió varias clases de instituciones para adictos, entre las que destacan:

1. Las basadas en la confesión pública (tipo Alcohólicos Anónimos), organizadas a partir de una práctica colectiva. Según Laurent éstas son las más fáciles de formar. Son instituciones que han demostrado su consistencia en un modelo religioso democratizado donde no hace falta una figura autoritaria para recoger la confesión, basta solamente con la fuerza identificatoria de cada uno al pecado del otro. Estas instituciones funcionan sobre la identificación de masas y generan el fenómeno que Fernando M. González (1991) ha dado en llamar "ilusión de la ilusión"; noción que se refiere a la "certeza" de estar compartiendo un mismo "objeto", lo cual produce un efecto de grupalización. La ilusión consiste entonces en creer que todos los integrantes de un mismo grupo expresan fantasías, razones, pensamientos, intenciones o actitudes homogéneas (cuando lo que impera en realidad es la heterogeneidad). En el caso de Alcohólicos Anónimos, por ejemplo, basta que los miembros de esa agrupación crean que depositan lo mismo, para que se produzca el efecto ilusorio de suprimir las diferencias. Así, de acuerdo con el Enunciado de A. A., el único requisito para pertenecer a esa agrupación es el deseo de dejar de beber, para alcanzar el objetivo primordial de mantenerse sobrio y ayudar a otros alcohólicos a conseguirlo.
2. Las basadas en el ideal científico sin tomar en cuenta la transferencia ni el acto adictivo como tal ni tampoco la patología. El paradigma de este tipo de institución está representado por los tratamientos sustitutivos con metadona para la adicción a la heroína.

Al reflexionar sobre cuál es el tipo de institución que se necesita, Laurent estableció que cualquiera de ellas debe introducir la consideración de la particularidad del sujeto, lo que implica para el analista adoptar una posición "activa" en la escucha (en contraposición a la pasividad del "no actuar analítico") para obtener los efectos deseados. El dispositivo institucional debe ser lo menos selectivo, lo menos segregativo y lo menos especializado posible. Se requieren instituciones que no sucumban al poder fascinatorio de la droga y del adicto que va a morir; instituciones en las que haya una dimensión clínica. En consecuencia, las instituciones no deben actuar en nombre de un saber universal y absoluto; se trata de pasar del hacer al decir y del decir al hacer para mantener la posibilidad de que el sujeto pueda encontrar el poder de la palabra. Para Laurent, lo que la adicción enseña al psicoanálisis es que no hay semblante de objeto porque todo

objeto es semblante del núcleo de ausencia que es la muerte. En la adicción hay un esfuerzo sostenido para encarnar el objeto de goce, y no hay otro objeto de goce más que la muerte. Lo que se busca, por tanto, no es el placer sino la verificación del vacío que rodea al goce.

Páramo Ortega (op. cit.), discípulo y amigo del psicoanalista austríaco Igor A. Caruso, advirtió que el dinero puede ser, estrictamente hablando, objeto de una adicción. En su opinión, las perturbaciones que se producen en relación al dinero (dentro de las que se encuentra la psicopatología de la avaricia) presentan características que justifican el término de adicción, ya que es posible observar que los mecanismos psicológicos que le subyacen son fundamentalmente los mismos que en la adicción a la cocaína, por ejemplo. Tanto en un caso como en otro, el sujeto cree erróneamente que el *aumento de dosis* va a eliminar cualquier malestar, con lo cual se cae precisamente en la caracterización fundamental de la adicción (tal como se le concibe en relación a las drogas). Esta idea del dinero como adicción es extraída de distintos pasajes de la obra de Marx, para quien la pulsión de acumular, de atesorar, es desmedida y desproporcionada por naturaleza. Las referencias bibliográficas de Marx y Engels le sirvieron a Páramo Ortega para demostrar cómo el dinero –en el modo de producción capitalista– tiende a convertirse en fetiche y en objeto de adicción y que adquiere un valor *per se*, propio de cualquier droga a la que se es adicto; es decir que lo que predomina es, ante todo, su poder intrínseco y no su valor simbólico. El dinero pasa, de ser un medio, a ser un fin en sí mismo.

Acto seguido, expuso de modo sucinto lo que el psicoanálisis ha sacado a la luz en relación a la adicción, para lo cual recurrió al ámbito de la literatura psicoanalítica de lengua alemana. Hay que tener en cuenta que Páramo Ortega, lo mismo que Armando Suárez (con quien fundó el Círculo Mexicano de Psicología Profunda en 1969, que un par de años después daría lugar al Círculo Psicoanalítico Mexicano), encarnaban la tradición de su maestro Igor Caruso, y se empeñaban por ello en una postura que destaca tanto los aspectos crítico-sociales del psicoanálisis freudiano como las conexiones con la sociología (de tinte marxista) y la etología. Ambos se consideraban los primeros que buscaron formación analítica en el espacio lingüístico alemán (Páramo Ortega, 2006). Según su lectura, la teoría psicoanalítica de la adicción enfatiza la poca tolerancia a la frustración

y la búsqueda infantil dependiente de soluciones recibidas del exterior. La droga cumple funciones de amortiguador de la sensibilidad al dolor, con lo que se pretende suprimir las displacenteras tensiones ante conflictos y frustraciones. Cita a Feuerlein, para quien la droga se convierte en el objeto amoroso simbólico, incluso en fetiche, productor de una mágica sensación placentera; al igual que a Voigtel, quien reconoce que durante el estado de intoxicación se acrecienta el amor a sí mismo, mientras que disminuyen las exigencias de la realidad exterior. Consideró, como lo han hecho otros, que el recurrir a la droga puede ocasionalmente representar un fallido o malogrado intento "terapéutico" ante los peligros de desintegración yoica.

Para determinar el elemento central de la adicción, planteó la hipótesis de que en primer término se encuentra la necesidad de ser amado; la insuficiencia afectiva básica sería, pues, el motivo de toda adicción. Abundando sobre el tema refirió que la matriz de toda adicción implica una perturbación seria en la relación placer-displacer. Todo esto le permitió establecer que las características centrales de la adicción son: *1)* mostrar cierta eficacia en la producción de un placer aplicable en contra de todos los males, *2)* la necesidad de repetir o incrementar la dosis, y *3)* apartar cualquier interés distinto a la obtención y el disfrute de la droga, evitándose cuidadosamente todo lo que pueda poner en riesgo su obtención. Dichas propiedades le sirven, además, para justificar el planteamiento de que, en tanto droga, el dinero puede generar adicción.

La lectura de este artículo suscitó en nosotros una reflexión relativa al significado etimológico de la palabra "adicto". Recordemos que proviene del latín y en su significado más profundo alude a "esclavo". En la Roma antigua, cuando una persona fracasaba y quedaba sin pertenencias, entregaba su vida a un determinado Señor y se convertía en su adicto. Es así que quedaba "endrogada" (término empleado en la actualidad para referirse tanto a la persona que está bajo los efectos de una droga como a la que está endeudada, entrampada). Ahora bien, Marx comprobó que el enriquecimiento de los capitalistas consiste en la apropiación del trabajo ajeno no retribuido, ni más ni menos que el de los señores feudales que explotaban el trabajo de los siervos (esclavos).

Algunos autores, como las argentinas Ethel de Casarino y Martha de Leonetti (2000), han delineado clasificaciones para encuadrar a los pacientes adictos dentro de una determinada estructura de personalidad –generalmente narcisista o *borderline*–, entendiendo la conducta adicta como una consecuencia de fallas en la estructura básica de la psique derivadas de la falta de una sana y nutriente fusión simbiótica, inconsistencia yoica, una deficiente estructura psíquica y un *self* desvitalizado, vacío y desasosegado. Siguiendo la idea de la "triada epidemiológica", estas autoras plantearon que en la adicción se pone en marcha una complicada acción recíproca que involucra tres factores: la droga (agente exterior), una estructura de carácter vulnerable (huésped) y un medio facilitador (entorno sociocultural). Tratando de hallar los fundamentos y los mecanismos psicológicos subyacentes a la adicción, consideraron previamente los mecanismos patológicos de naturaleza psicológica que están en juego en los pacientes adictos. De este modo, encontraron que el adicto carece de la fuerza psíquica requerida para ejercer la capacidad de adaptación inherente al ser humano. Se trata, en consecuencia, de seres vencidos desde el inicio de sus vidas, para quienes la droga funciona como una muleta.

Fuertemente influenciadas por las teorías de Winnicott y Mahler, así como por los postulados de los psicólogos del yo y del *self* –Hartmann y Kohut respectivamente–, De Casarino y De Leonetti encaminaron sus reflexiones hacia el establecimiento del desarrollo psicológico temprano de la personalidad adicta. La psicopatología del adicto se genera entonces como resultado de un fracaso de los vínculos humanos más tempranos. En la mayoría de los casos, la madre de este tipo de pacientes careció de la empatía para la necesaria fusión simbiótica nutriente, debido a su propia estructura psíquica deficitaria y fijaciones narcisistas. Ello siembra en el niño un importante sentimiento de vacío que es el que más tarde induce a ser llenado por la droga, artificio químico que no lleva más que al desengaño y la autodestrucción.

El *self* desestructurado y desorganizado, en busca de su equilibrio y su preservación, recurre a los mecanismos defensivos que le resultan más costosos: disociación (cuyo objetivo es proteger al *self* vulnerable de vivenciar afectos dolorosos), refusión patológica con el objeto (contraparte de la fusión empática) y negación omnipotente (autoengaño). Tales maniobras

defensivas minan al yo y terminan por llevarlo a la claudicación. La oquedad producida en el yo es contrarrestada por la grandiosidad defensiva o compensatoria que le brinda la droga, ésta cumple una función de relleno creando la ficción de completud y grandiosidad en el adicto.

A partir de estas teorías explicativas, las autoras formularon una clasificación tentativa de los procesos adictivos tomando como referentes los factores dinámicos de la personalidad. Dicho esbozo de clasificación pretende encuadrar a los pacientes con patología adictiva en tres grupos: los que tienen problemas graves de conducta (sociopatías y narcisismo maligno), los que tienen fallas estructurales graves (narcisismo carenciado o deficitario) y los que tienen personalidades neuróticas más integradas y evolucionadas. De acuerdo con esta clasificación, solamente en el segundo grupo el fenómeno adictivo se constituiría como la patología central; en los dos restantes sería tan sólo un síntoma. A modo de conclusión, las autoras establecieron que en todas las formas de adicción, la complejidad del fenómeno adictivo implica la influencia recíproca existente entre la personalidad débil o disarmónica, que recurre a ciertas sustancias restitutivas de la falla "geológica" de la personalidad, y la droga que induce una transformación en la profundidad del *self*.

Igualmente motivado por los trabajos de Heinz Kohut, Khantzian (1995; citado en Johnson, op. cit.) concibió a la adicción como una respuesta frente a la incapacidad para regular los afectos en la infancia temprana y al fracaso de la internalización de la capacidad de autocuidado proveniente de los padres. Es debido a estas fallas tempranas en el desarrollo, que las personas adictas no pueden protegerse contra el peligro ni cuidar de sí mismas. Khantzian consideró que la falta de autocuidado o autocontrol se debía a un defecto del yo, como una función que nunca se desarrolló. Al examinar detenidamente estudios más amplios en la literatura sobre adicciones, este autor encontró que la experiencia psicoanalítica bien fundamentada servía para cotejar algunas de las conclusiones ofrecidas por los investigadores que empleaban métodos más operativos –como es el caso de los estudios longitudinales– en el intento de comprender y describir las conductas adictivas. Lo que Khantzian planteó es que la mayoría de los adictos prefiere un tipo particular de droga, y que utilizan la droga de elección para procurarse un alivio selectivo ante estados afectivos

dolorosos. Esta idea de que las drogas son usadas como un intento de auto-medicación le viene de Ferenczi (op. cit: 210), quien creía que "el neurótico que se refugia en la bebida intenta compensar así la capacidad endógena de producir la euforia que necesita; [lo cual] hace presumir cierta analogía entre el alcohol y la 'sustancia euforígena' buscada".

Otros autores (*v. gr.* Goldberg, 1999; Moguillansky, 2002) han puesto el acento en el fracaso temprano o inversión de la función de *rêverie* (ensoñación) –descrita por Wilfred Bion–, entendiendo la adicción como perturbación en el vínculo inicial madre-bebé. Quizá sea necesario acotar aquí que este psicoanalista inglés utiliza el término *rêverie* para designar el estado de receptividad materna que permite contener, amortiguar, procesar, absorber, digerir o "metabolizar" la angustia del niño. Se requiere entonces que la madre haya realizado bien su función continente para que éste pueda adquirir, por identificación con esa capacidad materna, la "pantalla interna" que torne posible el proceso secundario, el juicio de realidad y la demora en la descarga de los impulsos; de lo contrario, expulsará o descargará proyectivamente sus intensas ansiedades dentro de un objeto externo, lo que explica en gran medida la tendencia al *acting-out* de los pacientes adictos. De ahí que la capacidad de *rêverie* se oriente a salvaguardar el mundo interno de su destrucción por evacuación. Este fracaso en la función materna de proveer al bebé una coraza protectora contra el torrente de estímulos excitantes, se debe a que la madre ha estado demasiado lejana o, por el contrario, ha tratado de cumplir en demasía con su función de protegerlo. Tal explicación dada por McDougall (1978), apoyándose en la obra de Fain (1971; citado en McDougall, op. cit.), conduce al concepto de *función adictiva*, de acuerdo con el cual la madre cumple para el bebé la función de un objeto adictivo. Como en el caso del adicto que necesita su droga, el bebé llega a requerir a la madre para manejar situaciones que de ordinario podrían manejarse recurriendo a mecanismos de autorregulación psíquica. Estas fallas de origen son las que más tarde darán lugar al amplio espectro de trastornos clínicos caracterizados por las reacciones de descarga que impiden la elaboración y la contención psíquicas, trastornos en los que el individuo es impulsado a la "acción" por no poder representarse psíquicamente los impulsos provenientes del ello.

También bajo la influencia de los autores postkleinianos, Felisa Waksman de Fisch (2002) se preguntó si la teorización de Donald Meltzer respecto del "Claustrum" no es buen modelo para entender el lugar mental en el que se sitúa el adicto. La elección de este modelo obedece a su convicción de que el mismo añade una nueva dimensión a la comprensión y al manejo técnico de las estructuras narcisistas.

Néstor Braunstein (op. cit.), un autor de orientación lacaniana, planteó la hipótesis de que, a diferencia de lo que ocurre con la psicosis, la adicción es objeto de una decisión, de una elección. Establece que la adicción es un método por medio del cual el sujeto se sustrae, se aparta de un modo experimental del intercambio simbólico, lo cual equivale a decir que rechaza o se separa del vínculo social, separación entendida como operación opuesta a la alienación significante. Este autor propuso que la droga y su a-dicción (sin palabra) se ubica en el mismo orden de respuesta que el pasaje al acto suicida, sólo que en este caso no hay muerto sino un "darse por muerto". En tanto que el suicida reivindica su cuerpo y destaca su nombre, el adicto es anónimo y degrada su cuerpo. A su entender, no puede otorgarse a la adicción la categoría de estructura clínica, puesto que configura una conducta que puede manifestarse tanto en neuróticos como en perversos o psicóticos, y son precisamente estos reparos estructurales los que permiten encarar y orientar psicoanalíticamente la dirección de la cura. La frase "soy adicto" constituye un modo encubridor, una máscara con que el sujeto se presenta, eludiendo las verdaderas preguntas por su ser. Esa supuesta identidad de "adicto" debe desecharse para que la pregunta por el ser se haga escuchar. Desde esta perspectiva, no se trataría entonces de "los adictos" como un decir común, como un "para todos" universal, sino que implicaría deslindar el modo en que el sujeto del inconsciente se inserta, como un "caso por caso" particular. Tomar en cuenta el despliegue de cada historia individual como única e irrepetible es lo que permitiría fundar un espacio para la implicación subjetiva de quien consulta. A riesgo de parecer reiterativos, citaremos a Cislaghi (2001) para apuntalar esta idea: "Se tratará de ir al caso por caso, y situar en cada uno la función que cumple el lazo con ese objeto peculiar, con esa sustancia, en términos, por un lado de la economía de goce del sujeto, y por otro, en cuanto su relación con el Otro del significante, es decir en

la dialéctica entre el deseo y el Otro. Ubicar el modo particular bajo el que se despliega para cada sujeto la función toxicómana".

Para dar cuenta del peculiar modo de relación que el sujeto establece con la droga, Braunstein echó mano del concepto de *goce*, introducido por el psicoanalista francés Jacques Lacan. El término *goce* califica lo que en este caso se sitúa más allá del principio de placer, lo que no está ligado a una moderación de la satisfacción sino, por el contrario, a una exacerbación de la satisfacción que confluye con la pulsión de muerte. El adicto utiliza la droga como una vía de acceso privilegiada y directa hacia su propio goce químico, "creado" o "administrado" sin necesidad de los otros. En tal caso queda impugnada la exigencia impuesta por la cultura de renunciar al goce para dar lugar a la falta. La droga representa la promesa de encontrar un objeto sin deseos ni caprichos y que deja como único problema el de procurárselo a modo de mercancía. En tal sentido la relación del adicto con ese objeto llamado droga corresponde al modelo perfecto y envidiable que Freud puso de manifiesto en "Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa" (1912), según el cual la relación del bebedor con el vino ofrece una satisfacción tóxica comparable con la erótica. Los grandes amantes del alcohol, dice Freud, describen su actitud hacia dicha sustancia como la más pura armonía, el arquetipo de un matrimonio dichoso. En contraste, la relación del amante con su objeto sexual se caracteriza por la insistencia del primero en perseguir una serie interminable de objetos sustitutivos, ninguno de los cuales satisface plenamente.

La a-dicción del goce es entendida por Braunstein como goce sin dicción, por cuanto las drogas logran destruir el diafragma de la palabra y abrir las compuertas de los paraísos artificiales. Artificial es también la situación del adicto, para quien se plantea la cuestión de una entrada y salida al goce que comienza con la idea del "control" manejable, operatorio e instrumental. Goce mortífero obtenido a cualquier costo, incluyendo el riesgo de la muerte, sin ningún límite.

Joyce McDougall (1998) –analista de la Sociedad Psicoanalítica de París– dio inicio a su comprensión de la economía de la adicción, conceptualizando la estructura psíquica de los comportamientos adictivos en general. Según ella, dichos comportamientos constituyen *soluciones* que

permiten escapar al sufrimiento psíquico; no obstante, tales soluciones se vuelven sintomáticas cuando son el solo y único recurso con que se cuenta para tolerar el sufrimiento. Estas "neonecesidades" o soluciones adictivas responden, pues, a un intento de autocuración ante los estados psíquicos amenazantes, mismos que pueden agruparse en tres grandes categorías, dependiendo de qué tan amplio sea el trabajo que la solución adictiva esté destinada a realizar. Estos tres grupos son: *1)* ansiedades neuróticas, *2)* estados agudos de angustia (de tipo paranoide) o la depresión (con sentimientos de muerte interna) y *3)* angustias psicóticas (como miedo a la fragmentación, terror al vacío o difusión de identidad).

Acertadamente, McDougall reconoció en la compulsión uno de los componentes esenciales de toda forma de adicción. La fuerza de esta compulsión estará en proporción directa con la naturaleza de los estados psíquicos a combatir y con la profundidad de los vacíos por rellenar. En caso de que la frustración inherente a la relación analítica resulte intolerable para el paciente, dada la fragilidad de su estructura yoica, McDougall recomienda la función terapéutica vital ejercida por organismos tales como Alcohólicos Anónimos, donde a cada miembro le están dados "cuidados maternales". El comportamiento adictivo implica no sólo un intento por arreglar cuentas con los objetos parentales del pasado sino que conduce, a menudo, a una actitud desafiante hacia: *1)* el objeto maternal interno (vivido como ausente o faltante), *2)* el padre interno (considerado como fracasado en su función interdictora, por lo que hay que repudiarlo), y *3)* la muerte (desafío que puede tomar la forma de inmunidad o indiferencia hacia ella, tal y como lo había adelantado Maldavsky).

McDougall también hizo ver que la solución adictiva no se limita tan sólo a la sustancia, sino que dirige su meta a crear o reparar una falla en la integración de los objetos bienhechores en el universo psíquico interno. La *elección* del objeto adictivo está en función, según ella, del "estado ideal" que se espera alcanzar con éste. La autora llegó a profundizar, de ese modo, en la dimensión económica de la sexualidad cuando ésta cumple el papel de droga.

Ya en 1978, McDougall había reconocido en la adicción una economía psíquica análoga a la que muestran las perversiones sexuales. Consideró

que estos "actos perversos", en los que se encuentra incluida la delincuencia, constituyen intentos distintos de resolver los mismos conflictos inconscientes que se dan en las anomalías sexuales, sólo que a diferencia de ellas, estas otras categorías clínicas, llamadas también "perversiones sociales", no exigen una erotización consciente de las defensas debido a que el fin perseguido no es el placer sexual.

En México, Mario Souza y Machorro (2000) –médico psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista– hizo una exploración sumamente parcial y fragmentada del pensamiento psicoanalítico sobre la adicción, asumiendo que la literatura psicoanalítica contemporánea concibe la adicción como una variante de perversión de la libido por la semejanza que pudiera establecerse entre la droga y el objeto fetiche, reconociendo sus fuentes pre-edípicas como origen del conflicto (considerando como de carácter preedípico lo que supone un retraso global en el desarrollo). Dada esta situación, afirmó que *todo* adicto vive presa de sus falsas ilusiones y fantasías que lo hacen caer en una dialéctica negativa, caracterizada por un eterno conflicto entre formar parte de esas fantasías o ser víctima de ellas. Haciendo uso del esquema referencial propio de los teóricos de las relaciones objetales (sin referirse a ninguno en particular), asevera que en la conducta adictiva se trata de la emergencia de tendencias autodestructivas inconscientes, que vuelven mediocre la existencia y hacen de los adictos "parásitos de queja constante que exigen de los demás y sin responsabilidad propia, una pronta y caprichosa solución 'a golpe de vara mágica'…". Por lo demás, vistas a través de los rasgos estructurales del carácter, las adicciones aparecerían como "una ambiciosa y desequilibrada lucha por el poder y la incapacidad de amar de los individuos", por lo que este autor no duda en considerarla como repudiables y antitéticas expresiones de la salud.

Así las cosas, la adicción se caracterizaría de modo invariable por una clara contradicción frente al placer de vivir, basada en la venganza –a menudo inconsciente–, el sufrimiento, el dolor moral, la fuga y el utilitarismo a todo lo cual se ligaría una caracterología pasivo-agresiva altamente sensible al rechazo que hace que, por tratarse de un tipo de personalidad inmadura y con un manejo inadecuado de los recursos yoicos, el adicto evada su responsabilidad. Es a partir de estas consideraciones –atribuidas a los pensadores "psicodinamistas"– que Souza y Machorro llega a afirmar

que en los adictos existe un antihedonismo esencial que renuncia a la auténtica búsqueda de un placer y bienestar. Según él, es de este modo que el problema de las adicciones se vincularía a la enajenación social e individual, apareciendo como una desviación conductual respecto del deseable modelo vital de amar y trabajar para alcanzar la felicidad. En síntesis, para este autor, el análisis psicodinámico del paciente adicto es fundamental en la medida en que permite una mejor comprensión del procedimiento comportamental tanto dentro como fuera de la adicción, a la vez que hace posible diseñar y supervisar la estrategia terapéutica y las metas a conseguir.

Hay que concederle cierta dosis de razón cuando dice que "tanto los prejuicios como la ignorancia, por un lado, y el avance de las neurociencias y los portentosos descubrimientos en que se sustentan sus puntos de vista, por el otro, alejan a algunos profesionales de la salud del tipo de observación psicodinámica (prejuiciada de por sí y a menudo reforzada por distintos equívocos y falta de indagación), al considerar que los aspectos psíquicos en la patología adictiva están en la actualidad, o bien quedarán pronto, fuera de su ámbito de acción" (Souza y Machorro, 2010: 84). En su más reciente libro, *Psiquiatría de las adicciones*, recomienda, con sensatez, no asignar preferencia a un solo modelo de abordaje para esta compleja patología, basándose en la consideración didáctico-terapéutica de la incapacidad de cada uno de ellos para brindar una explicación biopsicosocial completa del fenómeno y la posibilidad de ofrecer un manejo integral al abusador/adicto.

En el psicoanálisis contemporáneo se reconoce cada vez más que hay distintas orientaciones desde las cuales puede abordarse la problemática adictiva y emprenderse el análisis de las causas que conducen al consumo de drogas. No obstante, siguen imperando las explicaciones psicodinámicas que asignan significados simbólicos e inconscientes expresados en términos generales, sugiriendo con ello que el consumo de drogas posee un solo significado. Por eso es atinada la recomendación emitida por Souza y Machorro de no caer en la tentación de decir que existe una explicación única del fenómeno de las adicciones.

También en México, José de Jesús González Núñez (2001) –director del Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social– analizó la psicodinamia del usuario compulsivo o patológico de drogas y señaló que

éste se caracteriza por mirar el pasado con la esperanza de resolverlo utilizando recursos del presente; maniobra que le resultará siempre fallida y lo conducirá a buscar dosis cada vez mayores. Desde esta perspectiva, el adicto es una persona que, ante el desamparo materno, busca inconscientemente reencontrar y reestablecer un contacto amoroso con el objeto anhelado: la madre. Este autor se ocupó particularmente de los aspectos psicodinámicos del consumo en el adolescente, así como del proceso inconsciente de iniciar el consumo de drogas. Según él, en el adolescente que inicia el consumo persiste una sensación de que algo falta; necesidad emocional sentida como angustia y vacío que remite al concepto de "falta básica" propuesto por Michael Balint.

González Núñez encuentra además que existe un común denominador en las adicciones, a saber: el intento compulsivo de llenar un vacío emocional interno y encontrar un placer que, a su vez, permita minimizar, sustituir, curar y resolver algún sentimiento displacentero. Por una parte, el adicto espera colmar su vacío afectivo y, por la otra, brindar la suficiente fortaleza a su yo como para enfrentar esa situación; pero el uso de sustancias altera al yo, facilitando la irrupción de lo impulsivo que se manifiesta generalmente en forma de agresión o autoagresión. Impulsado por la búsqueda de satisfacción inmediata, el adicto vive con intensidad la intoxicación, encontrándose bajo el dominio del proceso primario.

Siguiendo la línea interpretativa imperante en el enfoque psicoanalítico clásico, González Núñez establece que el individuo alcohólico es una persona pasivo-dependiente que sufre un trastorno de la personalidad y del carácter, además de encontrarse inhibido en ciertas áreas de su funcionamiento. Para delinear los aspectos psicodinámicos del alcoholismo, este autor retoma las consideraciones psicoanalíticas desarrolladas por Rado sobre la disposición narcisista del adicto, las de Simmel sobre la regresión oral que conduce al alcohólico a fantasear que devora a sus objetos internalizados, las de Fenichel referentes a la predisposición del adicto a utilizar los efectos del alcohol y demás drogas para satisfacer un arcaico anhelo oral de dependencia absoluta, y las de Rosenfeld en relación a las defensas de tipo maníaco adoptadas por el adicto a fin de controlar las ansiedades paranoides. Asimismo, mantiene la idea plasmada por Freud de que en el desarrollo infantil de los alcohólicos existe una fijación en la fase oral que

los lleva de vuelta a una condición primitiva de gratificación permanente. Basado en el concepto de "simbiosis psicológica" de Mahler, González Núñez supone que el alcohólico permanece fijado en una relación simbiótica con la madre, que desplaza hacia el alcohol, concluyendo que el desarrollo del alcoholismo implicaría una forma de venganza autodestructiva y estaría relacionado con el "instinto" de muerte.

En lo tocante al trabajo clínico con adolescentes que abusan de drogas, González Núñez ubicó un primer movimiento de técnica consistente en captar el especial estado de humor y de ánimo típico de estos pacientes para el establecimiento de la alianza terapéutica. El objetivo del tratamiento está encaminado, según él, a fortalecer al yo, así como a la adquisición de modelos alternativos de identidad (como puede ser la figura del terapeuta). Concuerda con Fenichel en cuanto a que el tratamiento psicoanalítico ortodoxo no sería el indicado para este tipo de pacientes, debido a la dificultad que presentan para establecer una verdadera alianza de trabajo, relaciones de objeto y un vínculo transferencial adecuado, y por su alto predominio del impulso sádico de muerte. Desde su punto de vista, el éxito del tratamiento estaría en función de la estructura de personalidad del paciente y del daño causado por el consumo de drogas.

En Argentina, Rodolfo Moguillansky (op. cit.) compiló una serie de relatos clínicos sobre perversiones y adicciones que tienen como eje rector la teoría psicoanalítica. Privilegiando la experiencia clínica a través de los historiales de pacientes perversos y adictos, los autores incluidos en este trabajo –entre los que se encuentra Horacio Etchegoyen– procuraron lograr una mejor comprensión de la subjetividad de las personas que cargan con estos padecimientos, a los que por cierto se les vincula estrechamente. En los escritos clínicos sobre adicciones se hace la distinción entre éstas y las drogodependencias, tratando de dar cuenta de las determinaciones psicológicas de las adicciones y de su singularidad psicopatológica y además de resaltar que la adicción no se explica solamente por los efectos farmacológicos de la droga. La contingencia del objeto de la adicción, según Moguillansky, se constata cada vez que se observan adicciones no referidas a sustancias psicoactivas, como puede ser el caso de la comida en las bulimias. Reconociendo lo ambicioso de la apuesta psicoanalítica al emprender el abordaje de las adicciones, este autor pretendió independizar el centro



del fenómeno adictivo de sus manifestaciones sintomáticas más aparentes, lo que implica postular que podría haber consumo sin adicción y viceversa. La tarea impuesta al psicoanálisis sería en este caso la de identificar dinamismos particulares capaces de sustentar una caracterización de la organización adictiva sin la necesidad de recurrir al consumo de drogas. Y, dado que la teoría psicoanalítica se edificó a partir de la indagación clínica, lo que intentan hacer las experiencias clínicas vertidas en este texto, es contribuir a la construcción de una teoría que sirva tanto para entender como para abordar la perversión y la adicción, originando así lo que podría recibir el nombre de "psicoanálisis de la perversión y de la adicción". De este modo, a partir de la exposición de un caso clínico y de las consideraciones acerca de su psicopatología, los autores coincidieron en pensar la adicción como la restitución o el recubrimiento de severas perturbaciones psicóticas. Asimismo, se propusieron encontrar el sentido de la adicción, es decir, acceder a la experiencia emocional que subyace en ella, a través de vías de acceso privilegiadas al inconsciente como son los sueños, a los que ubican como metapsicológicamente opuestos al *acting-out* propio de las adicciones, fenómeno casi universal en estos padecimientos que puede y suele dar fin al tratamiento.

En sus observaciones sobre la adicción a las drogas y en particular al alcohol, Maldonado (2002) consideró predominantemente los mecanismos de escisión y los procesos proyectivos que configuran parte de la patología narcisista, conservando la tradición de los poskleinianos que vincularon las estructuras narcisistas con los fenómenos de escisión e identificación proyectiva descritos por Klein. Al presentar sus puntos de vista acerca de algunos de los factores que constituyen la estructura psicopatológica de la adicción, Maldonado complementa las líneas de investigación desarrolladas por otros autores, sobre todo en lo que se refiere al problema del alcoholismo. De esta forma desarrolla el tema de la relación del sujeto con los objetos, vínculo del cual el alcohólico intenta prescindir para abolir los factores que pudieran conducirlo a la dependencia de éste. De ahí que, para Maldonado, el alcoholismo sea una relación que se establece con una sustancia inanimada, a partir de la transformación de un vínculo objetal, tema que ya había sido tratado en las adicciones por D. Rosenfeld (op. cit.). Esta "cosificación del vínculo" se encuentra mediatizada por un desplazamiento que recae sobre la bebida alcohólica; subsiste, empero, un área de relación con los objetos que no está cosificada y donde es posible aún mantener relaciones afectivas. No obstante, aun cuando ya no se necesiten objetos amorosos –por llegar a ser el efecto placentero farmacogénico el objetivo sexual dominante–, se les conserva por un tiempo en la fantasía.

Maldonado supone que en el fenómeno adictivo interviene una fantasía inconsciente mediante la cual se intenta prescindir del vínculo amoroso con el objeto. Ahora bien, para construir esta fantasía de prescindencia del objeto, el paciente adicto activa un mecanismo del yo consistente en un tipo particular de escisión de la representación de objeto, con la cual separa y aísla los aspectos nutricios y gratificantes del objeto parcial (pecho) de los aspectos de ternura, amor y sensualidad que constituyen la experiencia amorosa con el objeto total (madre) en el acto del amamantamiento. De forma tal que la madre resulta sustituible por el pecho como entidad independiente o por sus subrogados: el biberón aislado de quien lo suministra o la botella que contiene las bebidas alcohólicas. En consecuencia, el objeto es reconocido sólo en tanto sirve para satisfacer una necesidad primaria.

Maldonado concuerda con Fenichel en cuanto a que los alcohólicos comparten el rasgo de la pasividad oral; señala, sin embargo, que tras la aparente pasividad se encuentran los mecanismos proyectivos, mismos que constituyen uno de los factores que determinan la fijación a la adicción. De esta manera, la ingesta alcohólica está destinada a producir determinados efectos emocionales en las relaciones con los objetos, lo cual cobra un carácter primordial en la adicción, siendo el uso de la ingesta sólo su instrumento y su fachada encubridora. Esta forma de funcionamiento responde, según él, a la patología narcisista de los pacientes adictos. Este autor llama igualmente la atención sobre el hecho de que el adicto logra, sólo en apariencia, prescindir del vínculo amoroso con el objeto, por lo que no puede decirse que haya autonomía o indiferencia total con respecto a éste. He aquí entonces la paradoja de la condición narcisista: el sujeto necesita la presencia de un objeto para rechazarlo y demostrar así que no lo necesita, y es a partir de ese desprecio hacia el objeto la manera en que el narcisismo se estructura.

Maldonado también discernió lo que, a su modo de ver, es uno de los elementos esenciales que constituyen la adicción, a saber: la atracción del adicto por los fenómenos sensoriales que producen las drogas, que consisten en alteraciones de la percepción y del juicio de realidad. La atracción por dichos efectos, según este autor, corresponde a una búsqueda activa de estados confusionales establecidos con fines defensivos. Para concluir, el psicoanalista argentino consideró que las patologías adictivas deben ser enfocadas siempre a partir de la experiencia intersubjetiva, dado que es en ésta donde tiene lugar el fenómeno de la cosificación; fuera de ella, se está condenado a caer en el malentendido que conduce a suponer que la dependencia se establece exclusivamente con el alimento que proviene del pecho y sus sucedáneos (alcohol u otras drogas), y con los efectos producidos por éstos, pero no con el objeto original en su totalidad, que contiene en esencia un vínculo amoroso.

Héctor López (op. cit.) realiza un recorrido no sólo por la obra de Freud sino también por la de aquellos que formaron parte de las primeras generaciones de analistas (Abraham, Ferenczi, Rado, Sachs, Fenichel, Rosenfeld, Glover); pioneros cuyos textos, ahora considerados clásicos, dan cuenta de la constante y creciente preocupación del psicoanálisis por analizar teóricamente el problema y encontrar respuestas a los interrogantes que plantea la práctica clínica. Asimismo, recurre a la enseñanza de Lacan –quien, como Freud, tampoco elaboró un cuerpo teórico-técnico sobre el problema de las adicciones pero abrió valiosas vías de investigación– para extraer de ella todo lo relacionado con el tema.

En el intento de *repensar* lo que Freud dijo sobre las adicciones, López planteó la hipótesis de que la droga no es más que una defensa –idea que se articula con las vertidas por Le Poulichet y algunos de los clásicos (como Rado y Glover)–, en cuyo caso la relación entre los efectos de la intoxicación y el goce no sería más que una fantasía habitual del adicto. Así, para este autor, la intoxicación no puede ser definida psicoanalíticamente como una tendencia al goce, sino, por el contrario, como el establecimiento de una defensa contra su irrupción; un intento relativamente exitoso de interponer una barrera química que bloquee la invasión de la angustia. Le Poulichet (op. cit.), por su parte, se refirió a este hecho como una antinomia constitutiva de las adicciones, en la que un goce circunscrito, limitado,

protege de otro goce más radical. Pero ¿de qué goce se trata en las adicciones? "El goce no es el placer [...]; más bien sería comparable al dolor. El goce sería lo que se produce en ese encuentro con algo 'real' en el seno de una dimensión alucinatoria: lo que no es simbolizado" (Le Poulichet, op. cit: 115). La droga apuntaría, por tanto, a la atenuación del displacer más que al logro pleno de la satisfacción (entendido como placer puramente positivo). Si la droga se erige tan sólo como una defensa, lo que la adicción representa es una "cancelación tóxica" del dolor; idea de "cancelación" que remite etimológicamente a verja, balaustrada, barrera, límite, puerta cancel. Ahora bien, por este mecanismo que el adicto emplea como defensa, puede deducirse que el dolor constituye la esencia del problema. (Volveremos sobre este aspecto en el sexto capítulo del presente trabajo, consagrado a la dimensión económica de las adicciones).

López observó que los clásicos insisten en entender el consumo de drogas como un medio directo de satisfacción pulsional que arrasa con las barreras de la represión, liberando al goce de sus límites significantes. Esta tendencia a identificarse con la ilusión del adicto por acceder, aunque sea fugazmente, a cierto "paraíso artificial", parece no tomar en cuenta que el objeto está perdido para siempre y que el único consuelo para poder soportar esta renuncia, impuesta por la castración, y para sobrellevar el "dolor de existir" es el de recurrir a algún "subterfugio" o lenitivo, como puede ser el caso de los "quitapenas" (modo en que Freud llama a las drogas). Al hacer patentes las diferencias que implican dejar de pensar en el adicto como un sujeto que goza para enfrentarse a un sujeto que sufre, López dio un giro a la posición tradicional que impone la tarea de retirar totalmente la droga. Con este cambio de posición no sólo se promueve el establecimiento de un vínculo transferencial capaz de instaurar el dispositivo analítico, sino que además se erradica el prejuicio de que el mal está en la droga y que la cura se alcanzaría con la desintoxicación y la deshabituación.

Siegfried Bernfeld (1953), una de las principales figuras del primer círculo psicoanalítico vienés, quien por cierto murió por un cáncer de pulmón derivado de su adicción a la nicotina, hace ver cómo en Freud tampoco parecía posible que la formación del hábito dependiera –o, al menos, no de forma automática– de los efectos de las propiedades quími-

cas de la droga. A su parecer, Freud se niega a pensar que la formación del hábito puede ser un efecto directo del veneno.

Esta ruptura con la difundida concepción que sitúa las adicciones como problemática de la droga ha sido producida por otros autores. En 1998, Silvia Inchaurraga compiló una serie de trabajos cuya propuesta era la de develar las implicaciones subjetivas y culturales del consumo y la adicción a drogas, para lo cual era necesario dejar de apuntar a la droga como causa y eje del problema. Así, desde esta nueva concepción, más que de desintoxicar al paciente –extirpándole el objeto de su adicción–, se trataría de desintoxicar la droga, lo que significa justamente despojarla de su valor de causa transfiriendo así el goce del cuerpo a la palabra.

Tiempo atrás, Solís Garza había criticado ya la actitud de aquellos autores que iluminan intensamente el campo de la causalidad exógena de la adicción, oscureciendo con ello la participación de factores internos. En opinión del analista mexicano, "esta tendencia ha proliferado endémicamente, y postula la exclusividad externa como causa del conflicto; es decir, la droga es la responsable y el adolescente una simple víctima; tal como si los barbitúricos, o la heroína fueran equiparables al treponema palidum". Y remata diciendo: "Refutamos este criterio, no por cómodo, ¡que lo es!, no por superficial, ¡que también lo es!, sino por dañino, desorientador y definitivamente unilateral" (Solís Garza, 1973: 75).

En esa misma línea, Diego Moreira (1999) compiló diferentes artículos cuyos autores comparten reflexiones y conceptualizaciones semejantes acerca de lo que denominan las "patologías tóxico-sociales". En contraposición a los discursos dominantes que conciben a la droga como el agente generador de daño, ellos sostienen que no es en la naturaleza bioquímica de las drogas donde debe buscarse el fundamento de las adicciones, como tampoco en una supuesta esencia adictiva común a todos los adictos. Éstas representan formas de discriminación y exclusión social que dan lugar a la supresión de la subjetividad, mediante la unificación del sujeto por un modo de goce. Y la colectivización de los sujetos particulares bajo esa designación, no puede menos que producir –como señaló Tarrab (1995)– efectos de segregación. A decir de Melenotte (2004), se trata de una matriz particular e incluso peligrosa que define al sujeto "toxicómano" por su identificación con un grupo determinado por su comportamiento, el de quienes erigen como axioma la fórmula: se usa el placer por la sustancia que lo produce.

La posición del analista debe ir en el sentido contrario al de aquellos ideales sociales que promueven una masificación de las conductas para designar bajo un nombre común lo que no es más que propio: la modalidad de satisfacción pulsional. Asumiendo una posición ética del bien decir, el analista debe inventar una y otra vez los modos posibles de ofertar el psicoanálisis a cada uno, aún en aquellos ámbitos donde la injerencia del discurso capitalista pareciera vedar su aplicabilidad (Almanza, 2005). Este discurso se caracteriza, de acuerdo a Rengifo (2008), por la proposición de una multiplicidad de objetos que supuestamente vendrían a obturar la falta en el sujeto. Este ideal de la sociedad de consumo transforma el goce fálico en un goce autista en donde se prescinde del Otro y se rechaza el inconsciente. Es así como el imperio del mercado ha pretendido borrar la singularidad, lo cual no deja de tener consecuencias sobre el ser hablante (en tanto sujeto de una falta). Es en ese sentido que debe entenderse lo dicho por Tamayo (op. cit: 69): "El drogadicto no es sino un síntoma de una humanidad que no respeta la diferencia entre sus miembros y que los obliga a ajustarse a ideales cada vez más globales y unificados".

De lo que se trata en análisis es de hacer existir al sujeto como sujeto deseante, a partir de la reanudación del contrato establecido con el Otro (lo cual se contrapone a los mecanismos de exclusión y segregación promovidos por el discurso capitalista). Para lograrlo, dice Tarrab (2009), el analista debe ir a parar al mismo lugar que ocupaba la droga para sus pacientes, lo cual no quiere decir que tenga que cumplir la misma función sino que tiene que lograr que aquello que se realizaba en términos del goce de la intoxicación pueda pasar al decir: "allí donde era el objeto plus de gozar del sujeto, el analista debe advenir". Es, de este modo, que el psicoanálisis juega su apuesta por el deseo y la responsabilidad subjetiva, por hacer existir al inconsciente. Su aspiración no sería otra que la de producir una escritura nueva que haga entrar el goce opaco del síntoma en el discurso. A eso se debe que este autor piense la toxicomanía desde la perspectiva de las patologías de la ética, propias del mundo contemporáneo. Son patologías del "no puedo dejar de hacerlo", donde se eclipsa la responsabilidad del sujeto. Y en ese eclipse, en esa suspensión, se desvanece

el sujeto que debe responder por su pasión. A diferencia de los discursos imperantes en el campo social, para el psicoanálisis el sujeto debe *responder* por lo que dice y por lo que hace, es decir, tiene que hacerse responsable de su goce. Incluso, en caso de haber cometido un crimen bajo los influjos de la droga, el sujeto siempre es responsable. López (2005) ha despejado la función que cumplen las drogas en el contexto subjetivo del acto criminal diciendo que la intoxicación pone al desnudo la paradoja del *pharmakon*: ser un remedio contra el dolor traumático del empuje pulsional y, al mismo tiempo, el veneno adormecedor que facilita el crimen.

la adicción debía ser entendido como el resultado de conflictos inconscientes para así promover un análisis de la personalidad o examen de conciencia que hiciera posible descubrir las causas que llevaron al consumo. Esta misma visión es la que se ha encargado de interpretar el consumo patológico como un síntoma o manifestación de un conflicto que yace en el fondo de una estructura de personalidad dependiente. Se trata, desde esa perspectiva, de conflictos emocionales muy profundos, algunas veces completamente olvidados, que persisten por debajo del nivel de lo consciente. El manejo deberá, por tanto, dirigirse a los estratos más profundos de la mente, a través de la interpretación de los significados simbólicos de la conducta del paciente, buscando desarrollar actitudes y conductas maduras hacia la vida. Cabe señalar que no sólo el modelo de A. A es deudor del método catártico, sino que también lo son las actuales técnicas de la terapia gestáltica –utilizadas tantas veces en el trabajo con adictos–. Sin embargo lo que hay que resaltar es que si bien tales métodos están fundamentados en el efecto terapéutico de la palabra, considerada desde los primeros aportes de Freud y Breuer como vía de catarsis, hallan su origen en la prehistoria del psicoanálisis y por lo tanto están basados en la abreacción, en la persuasión y en la sugestión.

Porque, ¿no es acaso esta catarsis o saneamiento mental propugnada por A.A., y las distintas modalidades terapéuticas, lo que Anna O., (Bertha Pappenheim) describió como *talking cure* o "deshollinar la chimenea"? Vemos una vez más, cómo muchas de las técnicas que suelen tachar al psicoanálisis de caduco y obsoleto no dejan de sustentarse en él. Tal es el caso de la idea instilada por la filosofía de A.A., que plantea que un instinto desviado es la causa primordial de la manera destructiva de beber. Esta representación de los instintos como desbocados, deformados, descoyuntados, mal encauzados, es un remanente del modo incorrecto en que ciertos autores, pertenecientes al ámbito psicoanalítico, se han referido a las pulsiones como "impulsos" o "instintos", lo cual ha generado el malentendido de que el funcionamiento instintivo propio del animal es equiparable al principio de placer en el humano. Como consecuencia de esto, lo que pide el programa de los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos es ir en contra de esos dese[…] naturales, animales, bestiales para evitar que nos tiranicen y ocasionen un conflicto. El fin terapéutico buscado, desde esta perspectiva, sería entonces

el de eliminar los defectos de carácter a través de un exacto conocimiento de sí mismo y un reajuste sincero a la realidad. Se trataría, en suma, de desarrollar en la persona alcohólica una fuerza religiosa o espiritual que le sirva para neutralizar su narcisismo y, de ese modo, alcanzar la objetividad, la síntesis, el crecimiento, la responsabilidad y la madurez necesarios para mantener la sobriedad. Es así como vemos la manera en que el modelo de A.A., no sólo importa conceptos de la medicina o de la religión, sino que además los homologa: los defectos de la personalidad de la medicina son los Siete Pecados Capitales de la religión.

La escuela de los estoicos –fundada por Zenón– hablaba también de hacer examen de conciencia, pues es en el pasado donde se debe aconsejar el porvenir. Para apartarse del vicio de la embriaguez, dicen los estoicos, basta con ser algo razonable, pues para apagar la sed es suficiente con beber un poco. El hombre de bien es aquel que no se emborracha, y para evitar la embriaguez, alcanza con pensar cuán vergonzoso es no conocer la medida del estómago, darle más de lo que cabe en él. Para estos filósofos, como para los militantes de A.A., "la embriaguez exalta y engendra todos los vicios; hace perder la vergüenza, que es el mayor freno de las tentativas criminales". En sus *Cartas a Lucilio*, Séneca sentencia lo siguiente: "la embriaguez es una demencia voluntaria; un hombre en ese estado es un loco; su locura, por pasajera, no es menos efectiva. [...] Cuando el vino se apodera de un alma hace que se muestren las malas pasiones que se escondían en ella. No las crea la bebida, pero las hace brotar; en situación semejante, el libertino se entrega a sus sentidos irritados y a todo lo que le piden, sin necesidad de recogerse a su alcoba; el impúdico se muestra tal como es, el violento no reprime su lengua ni su mano, el insolente se hace más insufrible y orgulloso, el cruel más duro, el envidioso más maligno".

Ante la intemperancia y el abuso seguidos por la crueldad, el estoicismo apela a la sensatez, a la moderación y a la razón; el modelo de Alcohólicos Anónimos al sano juicio; la religión a la virtud y al bien; y ciertas corrientes psicoanalíticas a la madurez y a la adaptación. Es en este tenor que el doctor Ilich, dedicado a la rehabilitación de enfermos alcohólicos en la película *Tratamiento especial* (*Poseban tretman*, Yugoslavia-Estados Unidos, 1980), se pregunta: "¿Puede el alcohólico ser un agente libre?". A lo que responde del único modo que le es posible: "No, no puede serlo. Porque

Scanned by CamScanner

el alcohólico es un psicópata. Y un psicópata no puede elegir. Sus pensa- mientos flotan caóticamente. Y esa persona ya no puede alcanzar sus ob- jetivos, si es que tiene alguno. Si debe optar entre su familia y el alcohol, elegirá el alcohol. En vez del trabajo, que le da dignidad, elegirá el alco- hol. Entre la libertad y el alcohol… de nuevo elegirá el alcohol". El "es- pecialista" se erige así como una especie de exorcista que se propone extirpar el demonio del alcohol alojado en sus pacientes. Y es que, para el discurso médico, el síntoma es lo que puede erradicarse, se trata de esa excrecencia de mal que hay que eliminar, que hay que curar. La conse- cuencia inexorable es un tipo particular de clínica fundada en el exorcismo (en tanto que el adicto es aquel que encarna el mal). Una clínica persecu- toria cuyo único afán es el de extraer la droga del cuerpo para exorcizar "la mala química" que habita al adicto.

Se trata aquí de un discurso represivo que toma el cariz de una cruzada antialcohólica (análogo al de las sociedades de templanza y la propaganda antialcohólica) cuyos furibundos ataques se dirigen hacia el alcohol. Evoca, al mismo tiempo, la imagen común del alcohólico que se bebe su salario, arranca el pan de la boca de sus hijos, golpea a su mujer, destruye a su familia y prende fuego a su casa. Esta visión reprensible y pesimista del alcohol cons- tituye, para Pierre Mayol, un verdadero "trabajo" de representaciones cul- turales inculcado desde la infancia. A causa de esto, todo el mundo guarda en la mente la imagen social del alcohólico como ángel de la desgracia, ma- rido desobligado que golpea a su mujer, de quien se exhibe el hígado negro y encogido. De este modo es inscripto con letras de fuego el aspecto malé- fico del alcohol, donde la enfermedad, la destrucción y la muerte constitu- yen la consecuencia lógica del consumo excesivo. Se reconoce también aquí el origen de la idea de una política de lo criminal en materia de estupefa- cientes, para luchar contra una plaga o epidemia a la que se le acusa de ser elemento de desorganización social.

Esta comunión entre conceptos médicos (defectos de carácter) y reli- giosos (pecados) fue adoptada por algunos psiquiatras con orientación psi- codinámica como Harry M. Tiebout, quien estuvo cercano a los principios y a los miembros de Alcohólicos Anónimos durante las décadas de los cua- renta y de los cincuenta. En mayo de 1943, este psiquiatra leyó ante su propia comunidad de profesionales –la Asociación Psiquiátrica Norteame-

ricana– el primero de los varios artículos que escribió sobre el tema, titu- lado "El mecanismo terapéutico de Alcohólicos Anónimos", donde señala que la característica principal del alcohólico típico es un sentimiento ego- céntrico narcisista, dominado por sensaciones de omnipotencia y grandio- sidad, que le permiten mantener su integridad interior. A su entender es posible disolver y modificar esa estructura de carácter desde lo más pro- fundo por la vía de la religión, que es la fuerza terapéutica central. Enton- ces, si el problema básico del alcohólico fuera la preocupación patológica por sí mismo, cuestión que lo llevaría a alejarse del "rebaño humano" y a olvidarse del concepto de hermandad entre los hombres, aquello que de- biera hacer sería recuperar su instinto social, gregario; atarse (*religare*) a su iglesia y buscar el olvido del "yo" al servicio de los demás. El pretendido cambio en la estructura de personalidad se lograría gracias a que el com- ponente narcisista se sumerge o se pierde, al menos durante algún tiempo, y en su lugar aparecería una persona mucho más madura y objetiva capaz de afrontar positiva y afirmativamente las vicisitudes de la vida sin necesi- dad de refugiarse en el alcohol. A este proceso, consistente en rehacer o transformar al yo haciéndolo pasar de arrogante parásito a criatura bien adaptada, madura y realista, lo designó Rado con el nombre de "reducción en tamaño del yo original". Enseguida veremos cómo este ataque al nar- cisismo o "desinfle" del "ego" se convirtió en piedra angular entre los principios de Alcohólicos Anónimos por intermedio de uno de los psico- analistas de mayor relieve: Carl Gustav Jung.

Es un hecho conocido que Jung, el querido discípulo de Freud y futuro disidente de la legión freudiana, jugó un papel preponderante en el origen y fundación del movimiento de Alcohólicos Anónimos. Este aconteci- miento cobra relevancia si recordamos que Freud pretendía poner a Jung a la cabeza formal del movimiento psicoanalítico internacional y delegarle el poder político de éste para escapar a la posibilidad de que el psicoanálisis fuera visto tan sólo como una "ciencia judía". Aun cuando la fundación oficial de A. A. se haya dado en 1935 en Akron, Ohio, Estados Unidos, el nombre Alcohólicos Anónimos se usó hasta 1939, cuando el *Libro Grande* –piedra fundamental de la literatura de la Comunidad– se publicó por vez primera. Tanto Freud como Jung, cada uno por su parte y con visibles opi- niones contrapuestas, habían indagando ya en las causas y en los posibles

métodos de recuperación del alcoholismo. Mientras Freud privilegiaba los factores inconscientes, Jung se inclinaba hacia la espiritualidad requerida para alcanzar la sobriedad. Jung definió la neurosis como el sufrimiento del alma que no ha encontrado su sentido y fue así como halló en los modelos religiosos su fuente de inspiración. A su modo de ver, el precio que paga el hombre civilizado por su notable falta de introspección se ve reflejado en la insaciable sed de píldoras, alcohol, tabaco, comida y, sobre todo, en un amplio despliegue de neurosis. Las fuerzas que en la mitología de los tiempos primitivos se llamaban espíritus, demonios y dioses, en tiempos recientes sólo han adoptado nuevos nombres; no han desaparecido, se mantienen tan activas como antes. Lo que sucede, según Jung, es que el hombre contemporáneo no quiere admitir que está poseído por "poderes" que están fuera de su dominio, y esa ceguera es lo que le ocasiona vagas aprensiones y complicaciones psicológicas (Jung, 1964).

En enero de 1961, Carl Gustav Jung y el cofundador de A. A., William Griffith Wilson, cruzaron correspondencia. Se trata de un capítulo crucial de los albores de la historia de A. A. que muchos psicoanalistas ignoran. Este intercambio epistolar revela no sólo la histórica ascendencia directa de A. A. sino también la comprometida posición de Jung ante la comunidad científica, al sostener su creencia de que las fuentes fundamentales de la recuperación emanan de los recursos espirituales. Dichas misivas fueron publicadas por primera vez en la revista mensual *Grapevine* de A. A. en el número de enero de 1963.

La historia se remonta a 1931, cuando Jung atendió durante un año a un acaudalado alcohólico norteamericano llamado Rowland Hazard, quien, cinco años después, visitó nuevamente a Jung en Zurich con motivo de una recaída para convencerse finalmente de que no podría lograr su recuperación hasta encontrarse en condiciones de vivir una experiencia espiritual –o sea, experimentar una conversión genuinamente religiosa. Este fue el antecedente directo del "despertar espiritual" vivenciado por Bill Wilson, equivalente para él a una verdadera experiencia religiosa. Esta historia ha sido consignada detalladamente en la literatura de Alcohólicos Anónimos, donde también se establece que tales prácticas le fueron dadas a conocer a Bill a través del libro *Las variedades de la experiencia religiosa* (1902) de William James, cuya lectura lo convenció de que la mayoría de

las experiencias de conversión, por diferentes que sean, tenían un común denominador: el profundo colapso del yo, la completa desesperación y la derrota total. En ese texto, James manifestaba que las experiencias espirituales podían tener realidad objetiva; algunas eran iluminaciones repentinas y otras se presentaban de manera gradual.

Existe la creencia de que Bill pudo haber estado bajo la influencia de ciertas drogas, como tratamiento para el alcoholismo (Mitchel, 1999). Incluso se sabe que experimentó los efectos del LSD como cura potencial para el alcoholismo, cuando, a través de su amigo Aldous Huxley –el famoso autor de *Un mundo feliz*–, conoció a los psiquiatras ingleses Humphrey Osmond y Abram Hoffer que estaban utilizando grandes dosis de LSD y mescalina para el tratamiento de alcohólicos y esquizofrénicos, con el fin de hacerles liberar recuerdos reprimidos. Bill tenía la idea de que, por medio del LSD, era posible eliminar muchas defensas erigidas por el yo y abrir camino en la resistencia de estos pacientes. Con esa finalidad, Bill emprendió una investigación más amplia de los usos posibles del LSD para tratar a los alcohólicos. Entusiasmado por los experimentos de Osmond y Hoffer con el ácido lisérgico, lo tomó él mismo el 29 de agosto de 1956, cuyo resultado fue una experiencia espiritual directa del cosmos y de Dios. Pronto, reunió a un interesado grupo de gente a su alrededor para que formaran parte de sus posteriores experimentos con la sustancia. El doctor Osmond, pionero en el uso psiquiátrico de los alucinógenos e introductor del término *psychedelic* (en 1957), fue quien primero administró mescalina –el alcaloide del peyote– a Huxley, el 4 de mayo de 1953. Huxley, que tenía casi sesenta años de edad en ese entonces, se vio sobrecogido por la experiencia y se sintió apremiado a exponer sus experiencias visionarias en los textos: *Las puertas de la percepción* y *Cielo e infierno*, dos de los clásicos más leídos de la literatura sobre drogas (Rudgley, 1998). El mismo William James experimentó con el óxido nitroso y el éter, para luego publicar algunas observaciones sobre sus efectos. La conclusión que extrajo y de la que nunca tuvo duda, es que "nuestra conciencia despierta, normal –la conciencia que llamamos racional– sólo es un tipo particular de conciencia, separada por una pequeña pantalla transparente, de otras formas potenciales completamente diferentes que la rodean". Tales modalidades de conciencia, dice el influyente filósofo y psicólogo, son capaces de desplegarse en toda su ple-

nitud cuando aparece el estímulo adecuado. Y remata con estas palabras: "Quien tenga oídos para escuchar que escuche; personalmente sólo descubro, en esa especie de estado místico artificial, la sensación viva de su realidad" (James, 1993: 167). Al referirse a la consciencia que producen los tóxicos y los anestésicos, especialmente el alcohol, dijo que su influencia sobre la humanidad se debe, indudablemente, "a su poder de estimular las facultades místicas de la naturaleza humana, normalmente aplastada por los fríos hechos y la crítica seca de las horas sobrias. La sobriedad disminuye, discrimina y dice no; la borrachera expansiona, integra y dice sí. Es de hecho la gran estimuladora de la función del Sí en el hombre. Lleva al creyente desde la periferia fría de las cosas hasta su corazón radiante. Lo convierte por un momento en uno con la verdad. Los hombres no la persiguen por mera perversidad; para los pobres e incultos ocupa el lugar de la música y de la literatura [...] La consciencia embriagada es un trozo de la consciencia mística" (James, 1902: 243). El uso experimental de drogas para alcanzar la expansión de la mente encuentra su ilustración cinematográfica en *Estados alterados/Metamorfosis* (*Altered States*, Estados Unidos, 1980) de Ken Russell, donde William Hurt consume hongos alucinógenos y medita en tanques de agua para ver su yo interior. Anteriormente, el cineasta brasileño José Mojica Marins había llevado a la pantalla el caso de un científico que empleó LSD con cuatro de sus pacientes, provocando en ellos reacciones sádicas y perversas. Se trata del curioso filme de horror *El despertar de la bestia* (*O despertar da bestia*, Brasil, 1969).

Además de administrar LSD con la intención de crear nuevas modalidades terapéuticas, muchos psiquiatras llegaron a usarlo ellos mismos, tratando así de lograr una relación más empática con los pacientes y una comprensión más directa de sus procesos mentales. Escohotado (1989: 50) señala que, dado que estos médicos pertenecían a diferentes escuelas, orientaban sus prácticas en función de cada una, siendo así que "los freudianos buscaban traumas precoces relacionados con la sexualidad, los junguianos preferían destacar las imágenes del inconsciente colectivo, los adlerianos el complejo de inferioridad, los rankianos el trauma del nacimiento, etc.". Para Bill Wilson, el LSD era tan inofensivo como la aspirina, lo que no dejó de suscitar controversias dentro de Alcohólicos Anónimos. En parte por esto, en 1959, tuvo que retirarse de la experimentación con

el alucinógeno; sin embargo, no disolvió su vínculo con los doctores Osmond y Hoffer, quienes después experimentaron con una vitamina llamada niacina (ácido nicotínico) para disminuir los efectos de la supresión del alcohol durante el proceso de desintoxicación. Como en el caso de la experiencia con LSD, Bill se mostró cada vez más entusiasmado, a grado tal que se convirtió en un ardiente promotor y defensor de la niacina.

Hacia 1935, Bill Wilson (mejor conocido como "Bill W") llevó su mensaje de recuperación al cirujano Robert Smith ("Dr. Bob"), quien también sufría de alcoholismo. Esta relación fue la que estableció la premisa concreta de que la identificación y la experiencia compartida entre iguales es el principio básico de la recuperación. Bill y Bob son considerados hasta la fecha los fundadores de la sociedad de Alcohólicos Anónimos. Por su parte, el Dr. Bob trabajó en el Hospital de Santo Tomás en Akron, Ohio, que fuera el primer hospital "sectario" del mundo en emplear una combinación de la terapia médica y la de A.A. en el tratamiento del alcoholismo. La historia del co-fundador de Alcohólicos Anónimos puede ser vista en *My Name is Bill W* (Daniel Petrie, 1989), un melodrama televisivo donde destaca la actuación de James Woods; aunque la primera enunciación cinematográfica explícita de los principios de A. A. se dio en el filme *Come Fill the Cup* (Gordon Douglas, 1951).

A decir de Bill W., las conversaciones sostenidas entre Jung y su paciente Rowland H., habrían de convertirse en el primer eslabón en la cadena de acontecimientos que originaron el surgimiento de Alcohólicos Anónimos. En una carta fechada el 30 de enero de 1961 (es decir, el mismo año de su muerte), Jung escribió a Bill Wilson (haciendo alusión a Rowland H.): "Su ansia por el alcohol correspondía, en un nivel inferior, con la sed espiritual del ser humano por una unidad e integridad que, en términos medievales, se llamaba la unión con Dios. [...] La única forma legítima de conocer una experiencia de esa índole es sufrirla real y concretamente, y pueden sufrirla únicamente aquellos que andan por un camino que les lleva a una comprensión superior. Puede que lleguen a esta meta por un acto de gracia, o por medio de un contacto personal sincero con sus amigos, o por una formación superior de la mente, más allá del mero racionalismo". Y termina diciendo que "valdría considerar que alcohol en latín se dice *spiritus* y se usa la misma palabra para denominar la más sublime

experiencia religiosa y el veneno más depravador. Por lo tanto, la fórmula útil será: *spiritus* contra *spiritum*". Con estas palabras, el psicoanalista suizo, respondía afirmativamente una interrogante que Bill se había hecho con frecuencia: "¿No era acaso el uso excesivo del alcohol, en sí mismo, una forma torcida de la búsqueda por alguna medida de iluminación o de conciencia superior?". La "conciencia de Dios" (entendida como "experiencia religiosa" o "despertar espiritual") sería, entonces, la condición necesaria para alcanzar el cambio de personalidad.

Se trata de una radical alteración del carácter tal como fue descubierta por James en *Las variedades de la experiencia religiosa*, de donde Bill captó seguramente algo relacionado con aquel misterio fundamental de la experiencia religiosa y halló la satisfacción en la rendición absoluta al poder superior. En algunas experiencias médicas –señala James en esta importante obra– es condición decisiva y eje de la transformación interior, la sincera aceptación de una cierta desnudez y desamparo; es decir, el abandono a Dios y su providencia. "Un alcohólico o un adicto de la morfina o la cocaína se presenta para ser curado y pide al médico que le ayude a abandonar sus adicciones, que le aparte del enemigo, pero no se atreve a enfrentarse con la vacía abstinencia; la tiránica droga todavía constituye el ancla para la supervivencia, esconde provisiones bajo el vestido, realiza apaños secretos para contar con ella en caso de necesidad. A pesar de todo, un hombre tan incompletamente regenerado todavía confía en sus propios títulos, su dinero es como la poción para dormir que el enfermo de insomnio crónico tiene junto a su lecho. Se ofrece a Dios, pero *si* necesitara de la otra ayuda, allí estaría. Todos conocéis casos de semejante deseo de reforma incompleta e ineficaz; alcohólicos que, a pesar de sus propias blasfemias y propósitos parecen poco deseosos de no volver a embriagarse *nunca* más" (James, op. cit: 243).

Como era de esperarse, los investigadores que representaban las diferentes escuelas de psiquiatría, tenían desacuerdos considerables respecto al significado real de los descubrimientos hechos por A. A. Mientras los junguianos encontraban valor, significado y profundidad en la necesidad del concepto de un Poder Superior para ayudar en la recuperación de los alcohólicos, la gran mayoría de los psiquiatras discrepaban en este punto, basándose en la idea expuesta por Freud en *El porvenir de una ilusión* (1927) que sostiene que la religión es una fantasía confortable de la inmadurez del hombre. Por su parte, una gran mayoría de miembros de A.A. no sólo se dedicaron al estudio de las obras de Jung sino que además se atendieron con psicólogos que se adherían a sus teorías; otros tantos dijeron haber conocido una amplia variedad de fenómenos psíquicos, aparte de la "experiencia espiritual".

El psicoanálisis químico

La aplicación de LSD para lograr que el paciente adquiriera verdadera conciencia de sus problemas, fue un recurso empleado tanto por representantes de la psiquiatría tradicional como por los mismos psicoanalistas. Al respecto se hace necesario añadir que la primera publicación que consideró seriamente la posibilidad de aplicar la dietilamida del ácido lisérgico como instrumento de investigación psiquiátrica data de 1947, y se debe al doctor Werner A. Stoll.

De estas primeras investigaciones se dedujo que el LSD tenía una acción muy específica sobre la psique humana: el relajamiento anímico (que permite establecer un mejor contacto con el médico y posibilita una mayor apertura a la experiencia psicoterapéutica) y el retorno a la conciencia de los contenidos reprimidos (que hace posible revivir los acontecimientos traumáticos).

Sobre el aprovechamiento del LSD como recurso medicamentoso en psicoanálisis y psicoterapia, Albert Hofmann (1979: 60), cuenta que: "El LSD no actúa como un verdadero medicamento, sino que cumple el papel de un recurso medicamentoso en el marco de un tratamiento psicoanalítico y psicoterapéutico, capaz de dar una mayor eficacia y una menor duración a dicho tratamiento". Según su parecer, el empleo de LSD en condiciones apropiadas puede ser considerado prácticamente inocuo. Su éxito dependerá fundamentalmente de los conocimientos y nivel de experiencia que posea el psiquiatra, así como de su vivencia personal con la droga, misma que le posibilitará "comprender verdaderamente estos fenómenos en sus pacientes, interpretarlos con un análisis correcto y aprovecharlos plenamente".

Hofmann creía que los estados psíquicos creados experimentalmente con LSD en personas sanas encuentran similitudes con algunas manifestaciones en ciertas enfermedades mentales, lo que permitiría formar una idea más acabada de la naturaleza de las psicosis. Con ello, la pregunta de Huxley acerca de si la enfermedad mental tenía por causa un desorden químico encontraba un nuevo apoyo.

El psiquiatra berlinés emigrado a París, Claude Olievenstein, se interesó por el poder del LSD para provocar un delirio artificial. Con el fin de comprender su acción, se lo auto-administró y en su libro autobiográfico "No hay drogados felices" (1977:154), relató su experiencia:

> De ese "viaje" debía conservar un sentimiento un tanto confuso: a pesar de momentos extraordinarios, no había estado en condiciones de "despegar" verdaderamente. Pero más allá del aspecto estrictamente médico de la cuestión, presentía, aunque muy oscuramente, algo nuevo cuya toma de conciencia progresiva, en los años por venir, dirigiría mi reflexión y mi actividad: la "locura" puede ser voluntariamente buscada, porque estimula la creatividad y permite, sobre todo, alcanzar un temple inefable en el que se tiene la ilusión de superar conflictos internos. De la locura sufrida y reprimida a la locura elegida y reivindicada: eso representa una singular inversión de perspectivas. Por interesante que hubiera sido en ese momento, era completamente incapaz de formularlo...

Paralelamente a las investigaciones teóricas que realizaba con su jefe, el doctor Borenstein –cuyos trabajos abonarían el terreno para la elaboración de su tesis sobre el LSD, sostenida a comienzos de 1967–, Olievenstein pasó a ocuparse de los adictos en el aspecto clínico. Así, en 1971, con la apertura del centro Marmottan en París, fundaría una institución que intentaría escapar al universo psiquiátrico.

Entre los pioneros en el uso de LSD como auxiliar medicamentoso en psicoanálisis y psicoterapia se cuentan: A. K. Busch y W. C. Johnson, S. Cohen y B. Eisner, H. A. Abramson, H. Osmond, A. Hoffer, en Estados Unidos de Norteamérica; R. A. Sandison, en Inglaterra; W. Frederking, H. Leuner, en Alemania; G. Roubicek y S. Grof en Checoslovaquia. A

este último pertenece una de las interpretaciones más críticas y detalladas acerca de la utilización del LSD en psiquiatría a la luz de las concepciones de Freud y Jung, en un artículo titulado "Los dominios del inconsciente humano: Observaciones sobre la investigación con LSD" (1975). En dicho escrito el psiquiatra checo, emigrado a los Estados Unidos, presenta los conceptos basados en su propia investigación clínica con el LSD, que hasta ese momento comprendía un período de casi dos décadas. Durante sus primeros años de experimentación clínica, Grof se percató –tal como lo hiciera Freud con la cocaína– de la enorme variabilidad de las experiencias aportadas por los sujetos, lo que lo llevó a pensar que gran parte de los fenómenos provocados por el LSD parecían tener un interesante significado psicodinámico susceptible de ser interpretado en términos psicológicos, pues demostraban tener una estructura similar a la de los sueños. El LSD, desde esta perspectiva, aparecía como un poderoso catalizador o un amplificador de procesos mentales que permitía el afloramiento y la emergencia de material inconsciente procedente de los niveles más profundos de la personalidad, por lo cual constituía un instrumento inestimable a la hora de establecer diagnósticos.

Es así como este autor delimita cuatro niveles principales o tipos de experiencias a que da lugar el LSD: *1)* experiencias abstractas y estéticas, *2)* experiencias psicodinámicas, *3)* experiencias perinatales, y *4)* experiencias transpersonales. Las primeras constituyen el nivel más superficial de las experiencias potenciadas por el LSD, ya que no revelan nada sobre el inconsciente del sujeto y carecen de todo significado psicodinámico. Las experiencias psicodinámicas, en cambio, al originarse en dominios del inconsciente individual, están relacionadas con recuerdos muy importantes, problemas emocionales, conflictos no resueltos y material reprimido procedente de diversas etapas de la vida del individuo. De ahí que la fenomenología de tales experiencias sea tan compatible con los conceptos fundamentales del psicoanálisis clásico. Tanto es así que Grof (op. cit: 172) llega incluso a decir que "si las sesiones psicodinámicas fueran el único tipo de experiencias a que da lugar el LSD, las observaciones efectuadas en este campo podrían ser consideradas como un laboratorio de pruebas de los postulados básicos de la psicología freudiana". Pero además, considera que se trata de una región en la que el individuo tiene que afrontar y trabajar

con algunos de los problemas psicológicos básicos descritos por el psicoanálisis, tal como el complejo de Edipo, el complejo de Electra, la angustia de castración o la envidia del pene. No obstante, por considerar que los conceptos freudianos no alcanzan a explicar ciertos fenómenos relacionados con las sesiones psicodinámicas con LSD, Grof añade un nuevo principio al pensamiento psicoanalítico que da en llamar: "sistemas COEX" o sistemas de experiencia condensada, definidos como constelaciones de recuerdos específicos de experiencias (y de fantasías relacionadas con ellas) procedentes de diferentes períodos de la vida del individuo. Como el Freud del método hipnocatártico, Grof supone que la poderosa explosión de las emociones reprimidas –inducida en este caso por el LSD– hace posible la reviviscencia de las experiencias traumáticas procedentes de la niñez, con lo cual se operan cambios decisivos en la sintomatología clínica, en los patrones conductuales y en las actitudes del sujeto. En última instancia, a lo que se apuesta es a la desaparición del síntoma.

El núcleo fundamental del tercer tipo de experiencias, calificadas como perinatales, gira en torno a los problemas del nacimiento biológico, el sufrimiento y el dolor físico, el envejecimiento, la enfermedad, la vejez y la muerte. Además de que parecen estar relacionadas con el nacimiento biológico, tales experiencias pueden ser una reactivación del trauma del nacimiento. El motivo filosófico fundamental de estas experiencias es la semejanza existente entre el nacimiento y la muerte, razón por la cual suscitan una fuerte angustia existencial. Resulta evidente que, para tratar de entender este tipo de fenómenos, Grof se sirve del marco teórico proporcionado por el psicoanalista vienés Otto Rank, quien comenzó a distanciarse de la doctrina freudiana clásica al publicar en 1924 un libro que lo haría célebre: *El trauma del nacimiento*, donde subraya justamente la importancia de las experiencias perinatales (que más tarde serían tema de los desarrollos teóricos de Arnaldo Rascovsky en Argentina). Por si fuera poco, dichas experiencias constituyen para Grof el punto de intersección entre la psicología individual y la transpersonal, por cuanto contienen elementos del inconsciente colectivo y ciertos arquetipos junguianos. Del mismo modo que los sistemas COEX operan en el nivel psicodinámico freudiano, Grof postula la existencia de cuatro conglomerados o patrones experienciales típicos del nivel rankiano del inconsciente (o perinatal),

que además se corresponden precisamente con las fases clínicas del parto. Estas matrices perinatales básicas presentan, a su vez, dos aspectos esenciales: uno biológico y otro espiritual, quedando agrupadas las cuatro categorías del siguiente modo: *1)* existencia intrauterina/experiencia de la conciencia cósmica; inicio del parto/sentimientos de unión con el universo; *2)* primera fase clínica del parto (contracciones en un útero cerrado)/experiencia de "no salida"; *3)* segunda fase clínica del parto (propulsión hacia el canal del nacimiento)/lucha entre muerte y renacimiento; y *4)* tercera fase clínica del parto (conclusión del proceso del alumbramiento)/experiencia de la muerte y renacimiento del ego.

Por lo que respecta a las experiencias transpersonales, éstas tienen como común denominador el sentimiento de que la conciencia individual se expande más allá de las fronteras y limitaciones espacio-temporales habituales. En este nivel –informa Grof– suelen aparecer episodios vívidos y detallados que remiten a la vida intrauterina; también son frecuentes las experiencias arquetípicas tal y como fueron descritas por Jung. A pesar de atribuir el origen de estos fenómenos al inconsciente, Grof insiste en señalar que el marco de referencia teórico del psicoanálisis freudiano clásico no basta para explicarlos e interpretarlos adecuadamente.

En 1936 Stephen Horsley utilizó con éxito el pentotal, con lo que dio origen al procedimiento exploratorio del inconsciente que denominó narco-análisis, creando así el método de *psicoanálisis químico*, que los psiquiatras ingleses y norteamericanos emplearon durante la guerra de 1940-1945 para el tratamiento de las neurosis agudas de combate. Sargant y Slater completaron estas investigaciones narcoanalíticas mostrando la posibilidad de la abreacción de los complejos, y Grinker y Spiegel culminaron el método formulando los procedimientos liberadores de la *narcosíntesis*. La pretensión del narco-análisis era, pues, la de explorar el inconsciente, lo cual "no comienza sino hasta el momento en que se alcanza [...] un nivel de disolución de la conciencia que hace posible la liberación de lo bloqueado, rechazado, o si se quiere, *lo fijado*. No se trata de explorar lo reticente, sino meramente lo olvidado. Es por la interpretación de lo olvidado, de acuerdo con las técnicas psicoanalíticas clásicas, que llegamos al dominio del inconsciente, tal como por otra parte se realiza con la interpretación de los sueños" (Robles, 1948: 167).

Por su parte, José Bleger tomó el término "narcoanálisis", acuñado por Horsley, para incluirlo en su primer libro publicado en 1952, llamado precisamente *Teoría y práctica del narcoanálisis*. Éste, a su vez, había sido el título de un artículo publicado por su maestro y futuro analista Enrique Pichon-Rivière, en 1948, en la *Revista de Psicoanálisis*. Bleger veía en el narcoanálisis, no sólo un medio capaz de facilitar la transferencia, sino que le atribuía además una utilidad social mayor a la del psicoanálisis tradicional, en la medida en que hacía posible llevar a cabo terapias de menor duración, haciendo posible el psicoanálisis acelerado. Esta fe ciega en las virtudes del narcoanálisis condujo probablemente al joven psiquiatra a seguir realizando en secreto experimentos con el LSD, aun cuando este tipo de tratamientos terminaron por ser condenados por la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) a partir de 1961. Fue, por cierto, en la clínica conocida como "la clínica de la calle Oro", donde Bleger comenzaría a trabajar con Alberto E. Fontana, Gela Rosenthal y Enrique Pichon-Rivière, a mediados de los años cincuenta, realizando tratamientos con LSD (Dagfal, op. cit.).

Respecto a Fontana, antes de empezar con la aplicación de sustancias alucinógenas, contaba ya con una vasta experiencia en tratamientos biológicos combinados con psicoterapia. Su primer trabajo de investigación, que constituyó su tesis de doctorado, versó, justamente, sobre el aspecto bioquímico de la terapia insulínica.

La influencia más importante que recibió en esas primeras etapas de su formación fue, al igual que ocurrió con Bleger, la de Pichon-Rivière, quien le enseñó a abordar lo psicológico teniendo en cuenta también una concepción grupal y social. Para esas alturas, su trayectoria como psicoanalista le había hecho ver que uno de los grandes peligros de esta práctica residía en la tendencia a caer en una intelectualización excesiva de la vida emocional, lo que lo condujo a buscar una técnica que, por el contario, permitiera vivenciar los conflictos y así comenzó a participar en las prácticas con LSD. Su sensación en esta experiencia definitiva, que lo colocaba frente a un antes y un después, era la de haber re-descubierto el psicoanálisis, especialmente el mecanismo de disociación mente-cuerpo, el de identificación proyectiva y la existencia de la memoria corporal. En 1957, después de varias experiencias, empezó a controlar exhaustivamente el tra-

tamiento de sus pacientes para determinar a cuáles de ellos podría administrarles LSD. Así, sirviéndose de ejemplos clínicos propuso esta nueva técnica de psicoterapia combinada, presentando en la APA un trabajo titulado "Psicoanálisis y dietilamida del ácido lisérgico (LSD-25). Fundamentos para una técnica terapéutica combinada".

Habiendo recibido en la APA una formación freudiano-kleiniana, Fontana llegó a aceptar algunas de las tesis de Jung para lograr una explicación adecuada de sus hallazgos clínicos. Entre las más destacables conclusiones a que llegó Fontana, merecen citarse: *1)* los alucinógenos no constituyen una medicación *per se* sino que hacen más evidente y comprensible la relación transferencial; *2)* su uso no disminuye la duración del tratamiento sino que, en todo caso, lo profundiza, y *3)* es necesario que el terapeuta con formación psicoanalítica realice numerosas autoexperiencias pues, de lo contrario, al utilizar los alucinógenos en sus pacientes, se acentuarán sus mecanismos defensivos y sus fantasías de omnipotencia. Paralelamente a estas conclusiones obtenidas en su trabajo de psicoterapia individual, desde 1954 comenzó a interesarse en técnicas grupales; fue así que, con varios analistas de la APA, fundaron la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. La primera sesión con alucinógenos aplicados a la psicoterapia grupal se realizó cuando, en 1956, Emilio Rodrigué pidió a Fontana que formara un grupo. Hasta ese momento, según asegura Fontana en la Introducción de su libro *Psicoanálisis y cambio* (1971), la utilización del LSD en experimentos grupales sólo contaba con un solo antecedente en la bibliografía mundial, el de Harold A. Abramson, donde se refería a una experiencia efectuada en el contexto de una reunión social y no dentro de un marco terapéutico.

Por considerar que el psicoanálisis no podía restringirse únicamente a determinadas élites, Fontana decidió poner fin a la etapa de ser un analista encerrado en su consultorio dedicado al tratamiento exclusivo de sólo una docena de pacientes y así montó un hospital privado junto a un equipo de trabajo, con la intención, no sólo de atender a un mayor número de pacientes, sino también la de transmitir sus conocimientos. A decir suyo, el instrumento que le sirvió de apoyo y "acompañante" para este pasaje a un enfoque grupal múltiple del complejo terapéutico, fueron los alucinógenos. Corolario de esta actitud fue el relato oficial que presentó en el Se-

gundo Congreso Latinoamericano de Psicoterapia de Grupo, llevado a cabo en Santiago de Chile en 1960, en el que afirmó que los alucinógenos son fundamentales para investigar los fenómenos grupales y para que la teoría y la técnica terapéutica no se contradigan. Lo importante para destacar aquí es que el pasaje de lo individual a lo grupal haya sido determinado por una droga.

Debido al cambio en su estructura típicamente ortodoxa, Fontana, que era miembro adherente, debió renunciar a la APA en 1961, pues si bien el conflicto estaba centrado en apariencia en el uso de los alucinógenos, el problema iba más allá por cuanto lo que planteaba era "una revisión de la praxis, no en la teoría; un cambio en el modo de encarar la terapia de los pacientes y la formación de los psicoanalistas, cambio que debía descansar, en ambos casos, en el uso de la psicoterapia grupal con o sin alucinógenos" (Fontana, op. cit: 6). Su primer equipo de trabajo estuvo conformado por algunos de sus pacientes médicos que, en el curso de su tratamiento, fueron manifestando interés y condiciones para trabajar como psicoterapeutas, animándose a romper los esquemas conocidos y tradicionales. Se formó así, bajo la coordinación de Fontana, un grupo terapéutico cerrado en el que se establecieron controles individuales, grupales, clases teóricas y reuniones bibliográficas. Producto de ese intercambio de información y experiencia, en 1962 se fundó la Asociación Argentina de Psicoterapia (AAP) y tres años después se publicó el libro *Psicoterapia con alucinógenos*, en el que se resumió el trabajo de casi una década.

En 1966, a consecuencia de una serie de afirmaciones hechas por ciertos investigadores (*v.gr.* Ungerleider y Fisher, 1958; Fink y cols, 1966; Cohen, 1968) sobre un posible aumento de las reacciones adversas al LSD –incluido el riesgo de generar adicción y psicosis persistentes–, que desataron a su vez una campaña periodística alarmista, Fontana decidió suspender temporalmente el empleo de las drogas alucinógenas. Tal interrupción dio pie a una transformación de la técnica de trabajo. Fue entonces cuando incluyó el psicodrama como auxiliar de la terapia e introdujo sesiones prolongadas sin límite determinado de tiempo. Al reanudar el uso de los alucinógenos lo hizo alternándolos tanto con el psicodrama como con las sesiones prolongadas, por considerar que "así como con los alucinógenos se produce la ruptura de los mecanismos de defensa –especialmente la in-

telectualización– y con el psicodrama se quiebran esquemas proyectados en el espacio-cuerpo, con las sesiones prolongadas se fracturan esquemas temporales regresivos" (Fontana, op. cit: 9). Del mismo modo incorporó la música a la labor analítica, no como una terapia en sí sino como movilizador o desbloqueador afectivo, es decir, como técnica coadyuvante. En *Sesión prolongada* (1982), libro que reúne las experiencias y reflexiones derivadas de dicha técnica terapéutica y de investigación, se explica que el empleo de estos medios auxiliares tiene como objetivo el de "intensificar y desplegar más claramente la regresión transferencial, con el objeto de acceder a los núcleos más primitivos de la personalidad, vinculados con el cuerpo" (Fontana y Loschi, 1982: 1 y 2). De hecho, se le atribuye a las sesiones prolongadas el progreso y la maduración que consiguieron algunos pacientes con intensas fijaciones orales (como las adicciones), luego de haber fracasado con un tratamiento psicoanalítico clásico.

Dado que el trabajo en grupo era la columna vertebral de su técnica, Fontana insistía en que el tratamiento psicoanalítico, así como la formación de los psicoterapeutas, no podían considerarse concluidos sin una psicoterapia de grupo realizada dentro del marco de una institución, pues sólo a nivel grupal era posible que el alumno analizara y resolviera las tensiones que dificultaban tanto el aprendizaje como sus tareas terapéuticas. Fontana entiende, entonces, que todo sistema terapéutico debe ser dinámico, debe variar de acuerdo con las circunstancias, que siempre son móviles. Este modo de pensar lo condujo a considerar que la teoría analítica posibilita el desarrollo de recursos terapéuticos que exceden ampliamente a la aplicación del psicoanálisis clásico. En suma: la experiencia adquirida en la utilización de alucinógenos (entre 1955 y 1969), orientó a Fontana y a sus colaboradores en la búsqueda de nuevas técnicas que les permitieran acceder y explorar los distintos niveles de regresión.

En un informe titulado "Investigaciones sistemáticas sobre el empleo de LSD en psicoanálisis", Dahlberg, Feldstein y Mechaneck presentaron una breve descripción clínica del tratamiento de una paciente en el que se utilizaron pequeñas dosis de LSD como agente facilitador, destacando las manifestaciones más sobresalientes inducidas por la droga. Lo que intentaron demostrar es cómo los procedimientos del psicoanálisis clínico y los de la psicología experimental pueden integrarse sistemáticamente sin que

resulte menoscabada la validez del proceso terapéutico. La metodología empleada por ellos tiene la finalidad de permitir la comprensión analítica del efecto de la droga y de las consecuencias de la terapia psicoanalítica sobre la actividad farmacológica. A partir de esto creyeron poder delimitar nítidamente tres fases psicodinámicas iniciadas con la administración de LSD. A la primera la denominaron "regresión, depresión y elaboración"; a la segunda, "transición", y a la tercera, "separación y terminación". Asimismo, supusieron que el estado de integración interpersonal influía y era influido por una droga como el LSD.

Filósofos de la conciencia ebria

Pero no sólo los alienistas experimentaron ellos mismos con mescalina o ácido lisérgico, también lo hicieron los filósofos para observar qué luz arrojaba el uso de dichas sustancias sobre viejos enigmas no resueltos. Así, Jean-Paul Sartre consintió en probar la mescalina a título experimental, bajo la supervisión de Daniel Lagache, en el hospital Sainte-Anne, mientras que Michel Foucault tuvo su primera experiencia con LSD en el Valle de la Muerte. Según este último, la droga es una búsqueda que intenta volver a encontrar la locura individual que cada uno detenta de manera involuntaria. Ahora bien, por su carácter transitorio, esta locura no induce necesariamente a la enfermedad, sino que más bien permite entrar en un estado de "no razón", y vivenciar la locura sin caer por ello en lo "patológico" (Melenotte, op. cit.).

Luego de su experiencia en el Valle de la Muerte, Foucault describió a la droga como un instrumento que sirve para ser puesto a disposición del pensamiento y descubrir un objeto que de otro modo no habría tenido acogida. Para Melenotte (op. cit: 96 y 97), "el LSD le abre a Foucault el acceso a una experiencia de la verdad que tiene relación con el sexo. El erotismo como trastorno del amor con un cuerpo desconocido se une con lo que él experimenta bajo el efecto de la sustancia alucinógena. [...] Foucault descubre por el uso del LSD una experiencia erótica que él incluye dentro de la serie de las experiencias innovadoras posibles de placer". El psicoanalista francés nos informa igualmente que Foucault experimentó

con todo tipo de drogas (no solamente LSD); sin embargo, éste tuvo un efecto muy hondo en él e influenció en su trabajo filosófico (sobre todo en el tenor de sus últimas obras).

En relación a las drogas, desde la perspectiva de Foucault, no se trata de estar a favor o en contra ni de permitir o prohibir su uso, sino de integrarlas en nuestra cultura como fuentes de placer. De este modo, con el auxilio de ciertas sustancias psicoactivas, Foucault piensa que es posible "inventarse" a sí mismo, hacer surgir un nuevo "sí". Este nuevo "sí" se construye a partir de una experiencia del placer intensificado. Como puede verse, hay en Foucault una doble correspondencia: la de la droga y la locura, y la de la droga y el erotismo.

Se sabe, asimismo, que Nietzsche se volvió adicto al hidrato de cloral, producto introducido, en terapéutica, como hipnótico; de ahí que algunos le hayan atribuido al fármaco la ruina de sus facultades cerebrales (Garrabé, 2010). En su monumental *Historia de las drogas*, Escohotado informa también que, mientras redactaba *Así habló Zarathustra*, tuvo algunas experiencias con resina de cáñamo.

Las rutas del éxtasis

La historiografía oficial del psicoanálisis ha mantenido la tendencia a rechazar como poco importantes los textos tempranos de Freud, sobre todo los pertenecientes a su época de neurólogo, como son: *Über Coca* ("Sobre la coca", 1884), *Über Aphasie* ("La afasia", 1891) y *Entwurf einer Psychologie* ("Proyecto de psicología", 1895); dejándolos incluso fuera del *corpus* general de la obra freudiana. El estudio de las afasias, por ejemplo, además de haber permanecido oculto durante un buen número de años, fue considerado por muchos como perfectamente prescindible, sin reconocer que, aun cuando formara parte de las publicaciones prepsicoanalíticas de Freud, encierra muchas de las ideas que servirían de base a la teoría psicoanalítica.

El "Proyecto de psicología" constituye un borrador teórico que Freud enviara acompañado de cartas a su entrañable amigo Wilhelm Fliess; se trata de un esbozo inconcluso, nunca publicado en vida de su creador, que plasma dos de las preocupaciones que más le inquietaban en ese mo-

mento: introducir un enfoque cuantitativo (economía de la energía) y pasar de la psicopatología a la psicología normal. Existen, dicho sea de paso, dos formas de abordar la obra freudiana: una es atendiendo a la lectura del "Proyecto" y la otra es omitiéndola. La segunda equivale, desde luego, a una lectura incompleta y sesgada del legado freudiano.

Es, por todos, conocido que Freud experimentó en carne propia con la cocaína, pero no se suele reconocer el hecho de que, en el periodo que va de 1884 a 1887, escribió importantes escritos derivados de las investigaciones que consagró al alcaloide. A este respecto, existen también muchas imprecisiones que es necesario aclarar, a fin de establecer con exactitud sus implicaciones para el desarrollo ulterior tanto de la farmacología como del psicoanálisis.

Aun cuando los primeros manuscritos de Freud sobre la cocaína datan de 1884, no es sino hasta 1963 que se publican íntegramente, habiendo sido traducidos del alemán al inglés por James Strachey bajo el título de *Cocaine Papers*. Tales textos estarán, empero, condenados al olvido hasta 1974, año en que se redescubrirán a partir del renovado interés que la cocaína suscitara en aquellos tiempos. Es importante aclarar que para Freud el estudio de esta sustancia era mucho más que un pasatiempo: se trataba de una auténtica pasión; algo que su biógrafo autorizado, Ernest Jones, siempre deploró por considerar que carecía de todo valor científico. Pero los textos de Freud ya mencionados no han sido los únicos en verse sometidos a la censura por comprometer la historia oficial del psicoanálisis; también lo han sido otros de carácter, por así decirlo, más personal. Tal es el caso, como es lógico suponer, de las cartas escritas a Wilhelm Fliess, que vieron la luz hasta 1950 en una versión abreviada.

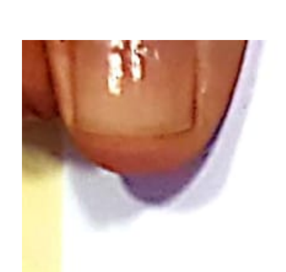
Debemos al psicoanalista norteamericano Jeffrey Moussaieff Masson, el mérito de haber integrado en 1985 los fragmentos no publicados de aquellas cartas y el haber agregado los materiales excluidos en esa primera edición. La compilación de *Cartas a Wilhelm Fliess* se publicó en español hasta 1994; se trata de un *corpus* formidable que documenta el nacimiento del psicoanálisis con los acentos de una relación humana personal y pasional.

Varios autores (*v. gr.* Byck, 1975; Assoun, 1981; Martinelli y Morales, 1998) han coincidido en señalar que Freud puede ser considerado como

uno de los fundadores de la psicofarmacología, a lo que habría que añadir que lo sería, no sólo por haber descubierto los efectos terapéuticos de la cocaína, sino porque, como científico que era, ensayaba la aplicación de fármacos (sulfonal, morfina y cocaína) en la terapéutica médica y psicoanalítica. Assoun (op. cit.), para quien la construcción metapsicológica es lo que funda la identidad epistémica del psicoanálisis, sostiene que lo que posibilita a Freud pensarse como médico y científico son sus estudios sobre la cocaína, mismos que desarrolla sin patrocinio alguno y sin apoyo de nadie. Es gracias a la cocaína que Freud descubre su pasión clínica por el trabajo de la cura. Y es a partir del abandono de la utopía de una droga omnipotente, que el psicoanálisis podrá emerger como ciencia (Geberovich, op. cit; Martinelli y Morales, op. cit.). Le Poulichet lo dice de este otro modo: "Con la cocaína, Freud siente que por primera vez se hace médico. Pero sólo con el sueño se hará analista" (op. cit: 79).

Jean Allouch (1984) lleva aún más lejos el asunto de la cocaína al señalar que no sólo se trata del lugar mismo en que Freud rompe con la medicina (apartándose así del discurso dominante) para abrir el camino que corresponde a una clínica psicoanalítica sino que además la tan ponderada sustancia posee para él un estatuto de síntoma, cuya eliminación se vuelve posible sólo a partir de su escritura. En otros términos: es por haber escrito su experiencia con la cocaína que Freud llegó a renunciar a sus "beneficios", y es por participar de lo escrito que el síntoma se vuelve pasible de ser inscripto. La aventura de Freud con la cocaína es tomada por Allouch como caso notable para demostrar las vías por las que puede cesar la dependencia de un sujeto con su síntoma; consistente, en este caso, en suponer que una droga puede ser el antídoto mágico, el medio para realizar los ideales y el objeto terapéutico para anestesiar el dolor. En pocas palabras, es la escritura lo que permite a Freud convertir a la cocaína en objeto susceptible de ser perdido.

De acuerdo con Martinelli y Morales, los estudios que Freud realizara sobre la cocaína, tanto en su aspecto científico como en su vida personal (dos vertientes del trabajo científico), no sólo no pueden ser olvidados o soslayados sino que deben situarse en un punto privilegiado del surgimiento del psicoanálisis en tanto cuerpo teórico y práctica clínica. Pero ¿por qué el así llamado "episodio de la cocaína" adquiriría ese estatuto de



tan vital importancia para la configuración del psicoanálisis, así como para la vida de su fundador? Freud aparece en la escena médica con el ofrecimiento de una sustancia capaz de curar el mal del ser y el dolor de la existencia. La cocaína se elevaría así a la categoría de panacea universal (elixir de la vida o quimérica quintaesencia) que apunta al sueño utópico de creer que un medicamento puede curarlo todo. Será hasta que Freud pierda la ilusión de hallar un objeto adecuado para la satisfacción pulsional que el psicoanálisis estará en condiciones de nacer. Asimismo, será este episodio en la vida de Freud el que dará pie a su autoanálisis, iniciado unos meses después de ocurrida la muerte de su padre. Su autoanálisis –el viaje a su propio inconsciente– constituye un momento legendario, casi mítico, en la historia del movimiento psicoanalítico. Fue además, mediante tal procedimiento que a Freud se le reveló la auténtica dimensión de la sexualidad infantil y la cabal importancia de los sueños. El autoanálisis ocupó también un lugar privilegiado en el nacimiento del psicoanálisis, en tanto que determinó la especificidad epistemológica del mismo y constituyó el verdadero eje estructurante sobre el cual se erigió el edificio psicoanalítico (Perrés, 1989).

Pero a Freud le sucedió lo mismo que a aquellos que han deseado acariciar las costas de lo divino: le tocó enfrentarse con la experiencia de lo siniestro. Al querer entrar al templo de la felicidad a través de las puertas del placer, estuvo a punto de perder su cuerpo y su alma. Y es que a la ebriedad le sigue la desgarradura, la náusea; como muy bien pudo advertir Erasmo: "La razón principal entre todas las que justifican la adoración de Baco es la de que posee la virtud de ahuyentar las penas. Sin embargo, esto dura poco tiempo; pues en cuanto desaparecen los vapores del vino, las intranquilidades regresan en tropel". Podríamos recordar aquí también las palabras de Baudelaire: "Los que buscan paraísos, crean infiernos".

Freud efectuó excelentes trabajos sobre el sistema nervioso con Ernst Brücke, uno de los principales fisiólogos experimentales de la época y profesor de fisiología en la afamada Universidad de Viena. Sus maestros reconocían en él un gran talento para la neurología. A lo largo de toda su carrera, mantuvo su preocupación por la eficacia terapéutica, la cual lo impulsó a ir en busca de nuevos descubrimientos en el campo de la ciencia. Fue así como tuvo lugar el "episodio de la cocaína", tan conocido y di-

Además de la facilidad de su administración y sus numerosas aplicaciones, la morfina ofrecía la promesa de abolir el dolor. Fue el médico inglés Wood, considerado el padre de la morfinomanía, quien instituyó en 1853 el uso de las inyecciones hipodérmicas, método igualmente difundido en Francia por Behier. De la misma época data la preconización del uso de la jeringa de Pravaz, que tanto significó en la propagación de la morfinomanía (Maugeais, 1983).

¿A qué se debe que Freud haya sido incapaz de diagnosticar la progresiva e irreversible adicción de su amigo? Según Nahas (1989), al hacer pruebas con la cocaína, Freud no otorgó demasiada importancia a las observaciones experimentales y clínicas hechas por los investigadores europeos de su tiempo acerca de los efectos tóxicos que la droga producía en el cerebro y en las funciones vitales en general: "Cuando Freud describe las propiedades de la cocaína nunca habla del cerebro. Se refiere sólo a los efectos 'psíquicos' de la droga como si ejerciera su acción directamente en la 'mente' y no mediada por mecanismos cerebrales" (Nahas, op. cit: 42). Lo anterior resulta obvio en tanto que Freud estaba preparándose para construir una topología virtual del aparato psíquico, además de estar en vías de despojarse de una concepción organicista-fisicalista para encaminarse hacia una construcción metapsicológica, pasando así de los terrenos de la neuropatología a los de la psicodinamia.

La idea de utilizar la cocaína en el tratamiento de la adicción a la morfina fue tomada por Freud de las investigaciones difundidas en Norteamérica por *The Detroit Therapeutic Gazette*, que entre 1880 y 1884 publicó dieciséis reportes de "curas" de la adicción a la morfina en Estados Unidos, encabezadas por Bentley y Palmer. En 1883, una compañía farmacéutica estadounidense anunciaba la cocaína en sus revistas médicas como medicamento para tratar la adicción a la morfina y al alcohol. Freud recomendó su uso no sólo para la desintoxicación de sus pacientes morfinómanos y alcohólicos sino también para el tratamiento de la melancolía, la hipocondría, la histeria, el asma y los problemas gastrointestinales.

Así como Fleischl se convirtió en el primer caso tratado mediante la cocaína contra la adicción a la morfina, Freud puede ser considerado como uno de los precursores de las terapias de sustitución, de las cuales la más común en nuestros días es la del mantenimiento con metadona para el

tratamiento de la adicción a los opioides. De hecho, sus experiencias con la cocaína para el tratamiento de la adicción a la morfina fueron confirmadas por Heinrich Obersteiner, reputado investigador de la anatomía del cerebro y la neuropatología en cuyo sanatorio particular probablemente ocurrió el tratamiento de supresión de la morfina al que se sometió Fleischl (Bernfeld, op. cit.).

Frecuentemente Freud se administraba cocaína para mitigar las penosas inflamaciones nasales de las que era víctima. En efecto, él había apoyado el empleo de la cocaína en 1884, y en 1885 recomendó la aplicación de inyecciones. Dichas recomendaciones le habrían ocasionado además muy graves reproches que, si no lo desacreditaron gravemente, por lo menos afectaron su reputación en los medios científicos. Albrecht Erlenmeyer, por ejemplo, quien fuera pionero de la psiquiatría alemana (el primero en utilizar bromuro en el tratamiento de la epilepsia) y, en aquel entonces, uno de los especialistas más eminentes en el tratamiento de la dependencia a opioides, acusó a Freud de haber desencadenado el tercer azote sobre la humanidad –después del alcohol y el opio. Otro contemporáneo y adversario suyo, impugnador del uso de la cocaína como auxiliar en el tratamiento de opiómanos y morfinómanos, fue el farmacólogo prusiano Louis Lewin, que en 1924 publicó *Phantastica, Narcotic and Stimulating Drugs*, el estudio más completo sobre drogas psicoactivas escrito hasta ese momento. Lewin fue el fundador de la toxicología moderna y el primero en describir los efectos alucinógenos del cactus mexicano peyote, que atribuyó a la mescalina. Freud consideraba que la administración oral de la cocaína no causaba efectos dañinos, y que por vía subcutánea sólo era peligrosa en ocasiones; asimismo, observó que al aplicarla por vía oronasal producía insensibilidad en la lengua y la mucosa de la nariz, lo que hizo de ella el primer anestésico local utilizado en clínica (paso decisivo en la lucha del hombre contra los horrores de la cirugía).

Tal como se ha señalado anteriormente, aunque Freud se administrara cocaína de manera regular, no se volvió adicto a la misma ya que siempre consumió dosis moderadas, que por lo general tienen los siguientes efectos: elevación del estado de ánimo, sensación de mayor energía y lucidez, disminución del apetito, insomnio, mayor rendimiento, disminución de la sensación de fatiga, hiperactividad motora, verbal e ideativa (Lorenzo,

1998). Nahas (op. cit.) señala al respecto que Freud se administraba dosis de veinte a cien veces menores a las ingeridas por aquellos que sí se hicieron adictos, lo cual contribuyó quizá a que sólo observara sus propiedades benéficas y reanimantes. No obstante, fue capaz de admitir más tarde, en un escrito titulado "Anhelo y temor de la cocaína", que ésta no debía ser utilizada para el tratamiento de la dependencia de opioides debido a que "es más peligrosa que la morfina. En lugar de un lento marasmo se produce aquí una deteriorización física y moral rápida" (Freud, 1887: 217).

A pesar de que los principales farmacólogos de la época de Freud coincidían en que la cocaína debía clasificarse entre las drogas adictivas, éste insistió en reiterar la utilidad de la cocaína como agente terapéutico y apoyó su uso en medicina por atribuirle seguridad y poderes curativos. Aunque nunca se retractó públicamente de su primera posición de defensa y alabanza, parece que luego llegó a comprender que era una droga adictiva y sumamente peligrosa. Nahas (op. cit.) explica que la dificultad de Freud para reconocer el potencial altamente adictivo de la cocaína se debió probablemente a su incapacidad para distinguir el poder intrínseco de la droga para deteriorar la función cerebral.

Por lo general se tiende a suponer que Freud consumió cocaína cuando mucho hasta 1887, pero se sabe que abandonó su uso el mismo día de la muerte de su padre, acaecida en octubre de 1896. De modo directo, un psiquiatra alemán, Jurgen von Scheidt, sugirió que fue el consumo de cocaína por parte de Freud lo que desencadenó el más importante de sus sueños, el de la inyección aplicada a Irma, así como su subsecuente interpretación psicoanalítica. Este hecho ha dado lugar a que algunos autores especulen acerca de si Freud utilizaba la droga para internarse más fácilmente en el mundo del inconsciente.

Sobre el tema de la cocaína existe otro elemento digno de ser resaltado: Freud elaboró su teoría de los sueños en su variante más refinada basándose en el material onírico propio; para ello hubo de tomarse a sí mismo como sujeto de experimentación. Con la cocaína ocurre lo mismo: es debido a que prefiere destacar la acción del alcaloide en personas sanas, que se toma a sí mismo como ejemplo (España y Alquicira, 2001). Freud aparece aquí entonces en su doble vertiente de sujeto de estudio e investigador de la cocaína.

la cirugía y Koller fue testigo presencial de ella, sellando la aprobación sobre el uso terapéutico de la droga.

Pero vayamos todavía más lejos: no sólo se le escapó el descubrimiento de la anestesia local, también estuvo a punto de comprender el sustrato bioquímico específico de la depresión, tema que hasta nuestros días permanece sin ser aclarado del todo por los neurocientíficos más brillantes. Siguiendo uno de los principios generales de la farmacología que justifica la prescripción de los fármacos cuando mejoran la calidad de vida del enfermo, Freud administraba cocaína con el objetivo de devolver a los deprimidos la capacidad de sentirse felices, controlarse a sí mismos y ser eficaces. Su hipótesis planteaba que la depresión que hace caer a la persona por debajo de su estado normal de bienestar debía ser algo provocado por la interferencia de un agente del sistema nervioso central, todavía desconocido, que era posible eliminar o alejar químicamente. La cocaína era entonces el equivalente del medicamento antidepresivo que corrige la alteración bioquímica cerebral que padece el deprimido. La idea de un agente del sistema nervioso central que interfiere con el bienestar remite, según sabemos ahora, a la noradrenalina y la serotonina, dos neurotransmisores cuya deficiencia se ve implicada en los trastornos depresivos.

Tanto los textos como los pasajes sobre la cocaína en la obra y la práctica freudiana constituyen un campo escasamente trabajado en la epistemología freudiana (Martinelli y Morales, op. cit.). Pero Freud no será ni el primer ni el único científico o intelectual en hacer uso de las sustancias psicoactivas, sino que existe una larga serie de predecesores que, en su afán por hallar un fármaco capaz de suturar la falta del ser, recurrirán a las drogas más variadas para experimentar sus efectos. Por ejemplo, Jean-Martin Charcot, nada menos que uno de los fundadores de la neurología, con quien Freud obtuviera una beca para estudiar hipnosis en París hacia 1885, figura también en esa lista de pensadores, filósofos, escritores, poetas y científicos que, en su intento por ir en pos del fuego fatuo, se han arrojado por los despeñaderos de la ebriedad con el fin de abrir las puertas de la percepción y traspasar las fronteras de la conciencia. Navegantes y alucinados a los que Martinelli y Morales (op. cit.) han asignado el nombre de "filósofos de la conciencia ebria" o "psiconautas de la embriaguez".

Será precisamente en el enorme hospital-asilo de la Salpêtrière, uno de los centros más importantes del continente europeo destinado a la atención de enfermedades del sistema nervioso y a la formación neurológica, donde Freud quedará deslumbrado por la fascinante personalidad de Charcot, el "príncipe de la ciencia", y donde se llevará a cabo un acontecimiento decisivo: el descubrimiento de la clínica, así como la transición sufrida por el propio Freud al pasar de neurólogo a psicopatólogo (Assoun, op. cit.).

Charcot sería uno de los renombrados personajes que desfilarían por el Club de consumidores de *hashish* (*Le Club des Haschischins*), fundado en 1835 por Jacques-Joseph Moreau de Tours, alumno de Esquirol que consideraba que la *cannabis* podía utilizarse en el tratamiento de algunas patologías mentales. Otros "psiconautas" pertenecientes a ese club fueron los intelectuales y artistas: Théophile Gautier, Gérard de Nerval, Ernest Meissonnier, Honoré Daumier, Eugène Delacroix, Alexandre Dumas, Honoré de Balzac y Charles Baudelaire.

Moreau de Tours, quien concebía la naturaleza del delirio, la locura y la alienación mental como equivalente del estado onírico, era también considerado padre de la psiquiatría experimental y pionero de los estudios sobre las farmacopsicosis; en 1845 apareció publicada la primera edición de su obra *Del haschich y de la alienación mental*. En este texto, traducido al inglés hasta 1973, presentaba una teoría global de la psicosis, según la cual es posible alcanzar un estado de locura experimental mediante la intoxicación por hachís. Asimismo, ofrecía una clasificación de los efectos producidos por esta droga agrupados en ocho fenómenos igualmente existentes en los sueños y la locura. Por todas sus repercusiones, su obra puede ser considerada como la primera en el campo de la psicofarmacología experimental (Byck, op. cit; Postel y Quétel, 1983; Lanteri-Laura, 1991; Pérez-Rincón, op. cit.). En ese sentido, el estudio de Moreau de Tours sobre el hachís, que por cierto Freud había citado en *La interpretación de los sueños*, "constituye un antecedente de las experiencias que realizaron diversos autores buscando en las 'psicosis experimentales', provocadas por LSD o mescalina, un modelo para los estudios psicopatológicos de la esquizofrenia" (Stagnaro, 1998: 22).

El origen de sus ideas sobre la relación entre el delirio y los sueños partió de sus experiencias subjetivas bajo los efectos del hachís, que conoció durante un viaje "terapéutico" de tres años por Egipto, Nubia, Palestina, Siria y Asia Menor acompañando a un paciente de Esquirol. Movido por la curiosidad, probó en sí mismo los efectos de la droga en cuya acción sobre las facultades morales había visto "un medio de exploración poderoso, único, en materia de patogenia mental; estaba convencido de que a través de la misma se podía uno iniciar en los misterios de la alienación, remontarse a los orígenes ocultos de estos desórdenes tan numerosos, tan variados que se suelen designar con el nombre colectivo de *locura*" (Moreau de Tours, 1845: 22 y 23). Sus meticulosas investigaciones y observaciones le abrieron el acceso a la fuente misma de la locura y le permitieron remontarse "a los orígenes primitivos de todo fenómeno fundamental del delirio". Al transmitir el resultado de su experiencia, hablando de la locura, describiéndola según sus propias percepciones y sensaciones, se convierte en el primer psiquiatra (aun cuando fuera demasiado pronto para ser llamado de ese modo) interesado en el uso de sustancias psicoactivas para tratar los trastornos mentales.

A partir de observar que "no hay ningún hecho elemental o constitutivo de la locura que no se halle en las modificaciones intelectuales desarrolladas por el hachís", concluye que toda forma, todo accidente del delirio o de la locura propiamente dicha, tiene su origen en una modificación intelectual primitiva, que es la condición esencial de su existencia, a saber: la *excitación maníaca*. Por tal, Moreau de Tours no entiende otra cosa que una desagregación, una verdadera disolución; un estado mental análogo a lo que ocurre cuando un cuerpo sufre la acción disolvente de otro cuerpo, lo cual da como resultado la separación, el aislamiento de las ideas y de las moléculas otrora armoniosas y completas. (Tómese nota de la fuerza de estas palabras, que más adelante se conectarán con la noción de *efracción*). Asimismo, habla de la "lesión funcional primordial" de donde surgen, como los arroyos de una misma vertiente, todas las formas de la locura. La lesión aparece así como el elemento explicativo último de toda locura; pero se trata en este caso –como lo hace ver Allouch (op. cit.)– de una lesión orgánica no localizable en el organismo, es decir, de una lesión orgánica sin órgano lesionado, lo cual concierne a un controvertido problema que divide a los descendientes de Esquirol: ¿la alienación mental tiene o no una base anátomo-patológica?

Según la teoría de Moreau de Tours al hombre le han sido otorgadas dos vidas. El primer modo de existencia (que compartimos con nuestros semejantes) resulta de nuestras relaciones con el mundo exterior, con ese gran todo que llamamos universo; el segundo que es imaginación y memoria, se alimenta del material que aquel le ofrece. El sueño, el dormir, es entonces el punto fisiológico donde termina la vida exterior y comienza la vida interior. Pero cuando se realiza una "fusión imperfecta", estas dos vidas pueden confundirse y, los fenómenos propios de cada una, acercarse. Es el caso precisamente del alienado mental que "sueña estando despierto" y del consumidor de hachís. La homologación de los efectos de la intoxicación por hachís con el delirio sirve a este autor para apoyar sus teorías organogenéticas, ya que después de todo Moreau de Tours es uno de los primeros en sostener un organicismo integral (Bercherie, 1980). Había experimentado también con los posibles usos médicos de la *Datura stramonium* y, condujo experimentos sistemáticos con el beleño, la belladona, el cloroformo, el éter y el estramonio para comprobar su potencial terapéutico (Rudgley, op. cit.). Luego de una prolongada y destacada carrera, este gran experimentador culminó su trayectoria como médico jefe en la Salpêtrière, a donde siguió acudiendo con mucha regularidad a dar consulta hasta la edad de 80 años. En opinión de Garrabé (op.cit.), los experimentos realizados por Moreau marcaron la mente de los médicos durante toda la segunda mitad del siglo XIX.

El *Club des Hachischins* llegó a equiparar programáticamente aquello que corresponde a la producción literaria con el consumo de drogas, bajo la dirección estricta de Moreau de Tours y del pintor Boissard. Fue ahí donde Charcot aceptó probar una especie de confitura de color verduzco en el que el *hashish* está mezclado a la miel para endulzar lo amargo: el *dawamesk* (como era llamado por los miembros del club, conservando su nombre árabe). Bajo sus influjos, Charcot realizó, en 1853, célebres y extravagantes dibujos. En 1892 dirigió, al lado de Brissaud, un tratado de medicina, en el cual dedicó más de un centenar de páginas a la intoxicación por alcohol, opioides, cocaína y tabaco. Lo que más sorprende es que no haya mencionado siquiera el hachís, pese a sus febriles experiencias con la

droga (Schivelbusch, 1980; Postel y Quétel, op. cit; Pérez-Rincón, op. cit.). Louis-Rémy Aubert-Roche, primer médico que preconizó el uso terapéutico del hachís en 1840, formó parte también del grupo de médicos que frecuentaron las sesiones organizadas por Moreau de Tours en el Hôtel Pimodan, el antiguo Hôtel Lauzun, en el número 17 de la rue Poulletier, en la isla Saint-Louis, en París, consumiendo él mismo la confitura verde.

El círculo charcotiano de la Salpêtrière estaba compuesto por toda una pléyade de hombres ilustres y pioneros de las ciencias médicas. Uno de ellos, Alexis Joffroy, estudió las relaciones de la enfermedad mental con el alcohol y propuso que había un "heredo-alcoholismo" (op. cit: 35). La influencia del *Club des Haschischins* se vio reflejada también en Benjamin Ball, otro de los seguidores de Charcot y alumno de Moreau de Tours, quien publicó un trabajo titulado: *Alucinación de la vista y del oído –Tratamiento por el hashish– Curación*. Fue en Francia uno de los primeros en señalar los riesgos que conlleva el uso reiterado de la cocaína. Ya en el siglo XX surgiría de la Salpêtrière, Jean Delay, neurólogo influido por Pierre Janet y uno de los introductores de la psicofarmacología, quien además llevaría a cabo las primeras experiencias sobre la acción psicodisléptica de la psilocibina, principio activo de los hongos alucinógenos (op. cit: 89). Otros destacados médicos pertenecientes a la escuela de la Salpêtrière que dedicarían cierto número de escritos a los trastornos mentales inducidos por el alcoholismo, serían: Ernest-Charles Lasègue, cuya obra más conocida se titula *El delirio alcohólico no es un delirio, sino un sueño* (1881), en la cual sostiene justamente que el *delirium tremens* no sería delirio sino sueño, y Jean Baptiste Régis, que apropiándose de la idea anterior, propuso en 1894 el término *onirismo* para referirse a los estados alucinatorios agudos (Postel y Quétel, op. cit.). Luego, en 1900, Régis describe de manera clínica y etiológica las características del delirio onírico de las intoxicaciones y las infecciones (Lanteri-Laura, op. cit.).

En su artículo de 1881, aparecido en los *Archives Générales de Médecine*, Lasègue lleva a cabo una discriminación muy rigurosa entre los fenómenos producidos por intoxicación alcohólica y el delirio crónico. Al establecer una comparación entre un delirio alcohólico y un sueño se percata de que tanto uno como otro se concentran en el campo casi exclusivo de las sensaciones visuales, por lo que las alucinaciones son fundamentalmente de este tipo; en cambio, en el delirio crónico las alucinaciones predominantes son auditivas. Esboza asimismo cierto número de datos o rasgos esenciales de los sueños, entre ellos: la poca importancia del oído (nunca una alucinación auditiva precede u origina a una visual), la predominancia de las imágenes y la precisión maravillosa de la alucinación visual. De esta última, que constituye la esencia misma de los sueños, menciona las siguientes particularidades (mismas que comparte con el delirio alcohólico): la corta duración de cada visión (esto es: la posibilidad que tiene de suspenderse, de interrumpirse), el papel preponderante del yo del soñador (que más que un espectador es un actor) y, finalmente, la imaginación exaltada (que va en detrimento de la razón). Por lo demás, la principal característica del alcohólico es que sus sueños son idénticos a su delirio despierto, lo que equivale a decir que el paso del delirio dormido al delirio despierto se opera sin transición. Y si el delirio continúa con las ideas que han eclosionado durante el sueño es porque el alcohólico vive intelectualmente sobre los productos de su imaginación nocturna desordenada. Así pues, sueño y delirio se mueven en el mismo círculo.

Lasègue, fino intelectual que luego de haberse formado en filosofía y letras, inició su carrera de medicina entusiasmado por sus amigos Claude Bernard y Bénédict Augustin Morel, lanzó a modo de conclusión las condiciones para el establecimiento de un diagnóstico diferencial: "No es que el sueño alcohólico delirante tome del sueño normal o de los otros sueños mórbidos la totalidad de sus características. Tiene su aspecto propio y, si no fuera así, no tendríamos los elementos de diagnóstico con los que contamos" (Lasègue, 1881: 158). Lasègue, quien por cierto tuvo como alumno a Charles Baudelaire, fue también quien constituyó el modelo original de la descripción del cuadro de la anorexia mental o anorexia nervosa de nuestros días.

Lo interesante para destacar en este sitio es no sólo la importancia del papel que juega Freud en la historia de la psicofarmacología –término acuñado por el norteamericano David Macht–, sino el lugar de relevancia que ocupa en la cadena genealógica al integrarse a la gran tradición de quienes han ingerido drogas para experimentar sus efectos personalmente y reportar sus hallazgos por escrito. Freud propugnó el empleo de un tradicional

método para el estudio científico de las sustancias psicoactivas consistente en valorar experimentalmente cada uno de sus efectos y describir con detalle sus principales manifestaciones sintomáticas, a grado tal, que sus escritos fueron creando una escuela sobre el modo en que debían ser registrados las experiencias y datos relativos a los estudios de sustancias. Este estilo descriptivo es heredado de Moreau de Tours (quien aconsejó: "Haced lo que yo, tomad el hachís, experimentad en vosotros mismos") y seguido por otros tantos experimentadores, entre los que se encuentran: Albert Hofmann, que descubrió accidentalmente en 1943 los efectos alucinógenos del LSD, y Gordon Alles que en 1935 descubrió las anfetaminas. En 1932, el doctor Deschamps publicó una obra titulada: *Ether, cocaïne, hachis, peyotl et démence précoce. Essai d'exploration pharmacodynamique du psychisme des déments précoces*, habiendo recurrido a distintas drogas para hacer investigaciones en lo que se refiere a diversas categorías de alienados (Byck, op. cit; Postel y Quétel, op. cit.). Pero será Freud, el fundador del psicoanálisis, y no un poeta ni un filósofo, quien penetrará epistemológicamente en el territorio infranqueable de la ebriedad (Martinelli y Morales, op. cit.).

Las contribuciones que hizo Freud a la historia de la farmacología no se ciñen sólo a sus observaciones experimentales. En 1885 analiza la equivalencia farmacológica entre dos tipos diferentes de cocaína y redacta un informe que será el precedente de muchos artículos posteriores que tratarán de establecer equivalencias entre fármacos, y que son frecuentes en los trabajos de farmacología contemporánea. Además de psicofisiólogo, Freud fue un gran observador, que demostró incluso haber sido mucho más sagaz que el resto de los investigadores de su época. Acertó cuando incluyó tempranamente a la cocaína dentro del grupo de los estimulantes del sistema nervioso central, que en un principio era considerada como depresor. No se contenta tan sólo con encontrar una droga con propiedades farmacológicas únicas, sino que comienza a demostrar dichas propiedades para su posterior utilización con fines terapéuticos (Byck, op. cit.).

Freud compraba su cocaína en el laboratorio alemán Merck and Co., y logró interesar al laboratorio estadounidense Parke and Davis para experimentar con la cocaína que ellos producían. Precisamente las razones que lo indujeron a analizar la equivalencia farmacológica entre esas dos varie-

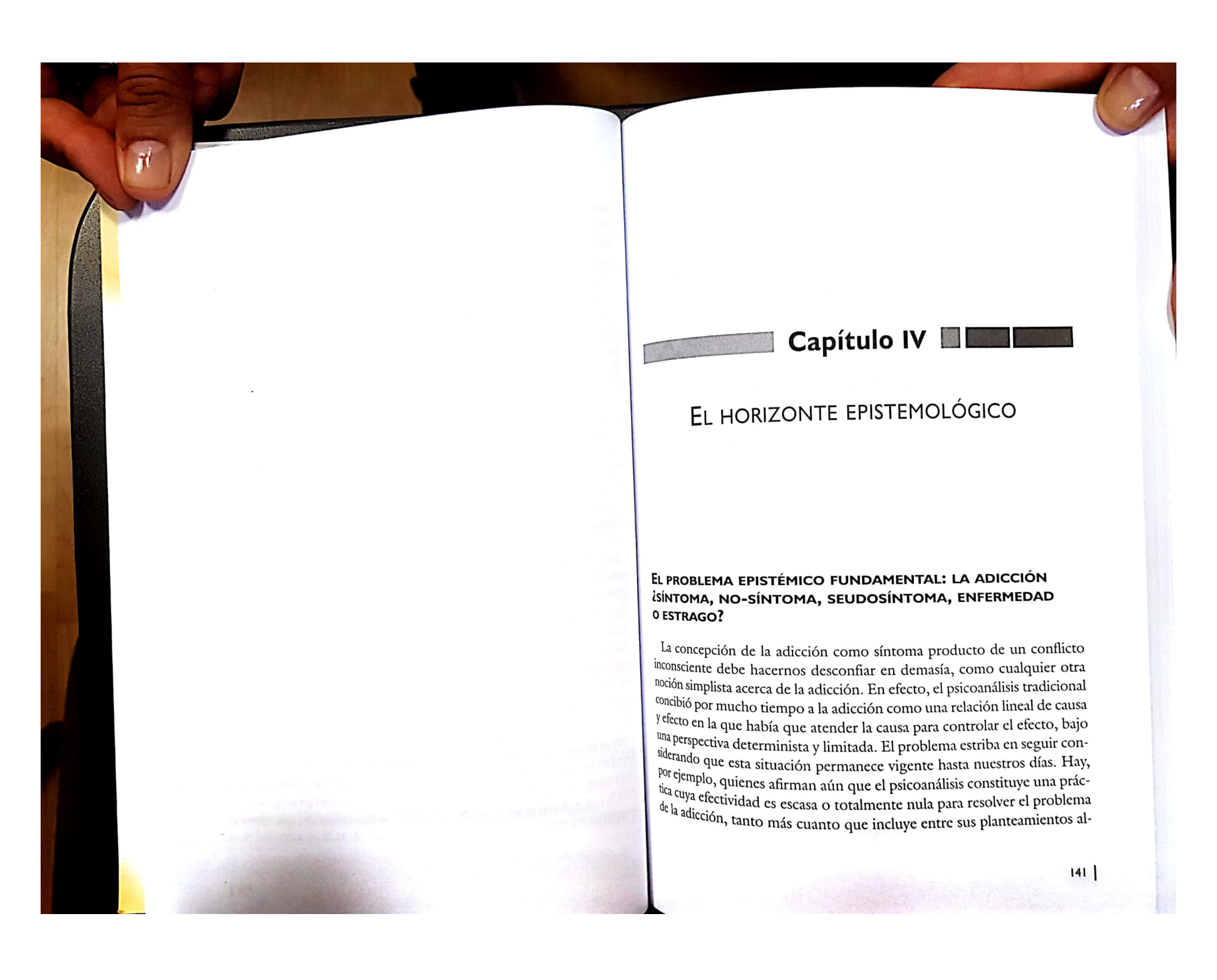
dades de cocaína fueron las de intentar demostrar, mediante un estudio comparativo, que las características químicas de ambos productos eran las mismas. De sus experimentos hechos con animales extrajo que se lograban efectos similares con dosis iguales, aunque con ligeras diferencias de sabor.

En Freud prevalece una especulación mística sobre los poderes mágicos de la cocaína por encima del enfoque científico y objetivo. Al presentar sus relatos anecdóticos y sus análisis subjetivos sobre la cocaína, que coloca por arriba de las evidencias científicas, parece haber olvidado la sentencia emitida por el médico francés Claude Bernard (1865, en Pérez-Rincón, op. cit.), quien dijo en su tratado clásico *Introducción al estudio de la medicina experimental*:

> Los hombres que tienen una fe excesiva en sus teorías o en sus ideas están no solamente mal dispuestos para hacer descubrimientos sino que hacen también muy malas observaciones. Observan necesariamente con una idea preconcebida, y cuando han instituido una experiencia no quieren ver en sus resultados más que una confirmación de sus teorías. Desfiguran así la observación y descuidan frecuentemente hechos muy importantes porque no coadyuvan a su finalidad.

Pero de haber prestado atención a las recomendaciones de Bernard, Freud hubiera restado interés a la cocaína. Bernard es considerado el fundador de la fisiología como una ciencia exacta, pues fue él quien sentó las bases del método experimental en esta disciplina. En 1848 descubrió la intervención del páncreas en la digestión de las grasas (función glicogénica), y en 1862 la función de los nervios vasomotores. Pese a estar al tanto de los experimentos realizados por Bernard, Freud no puede explicar la acción de la cocaína sobre el metabolismo, y atribuye los efectos estimulantes y eufóricos de la droga a los poderes mágicos de ésta (Nahas, op. cit; Pérez-Rincón, op. cit.).

Sirvan todos estos argumentos para sostener la tesis ya enunciada de que Freud se encuentra inserto en una trama genealógica y es producto de la episteme de su tiempo, debido no sólo a que está situado en relación a los modelos científicos sino también a los desarrollos culturales que tanto lo influyeron.



Capítulo IV

El horizonte epistemológico

El problema epistémico fundamental: la adicción ¿síntoma, no-síntoma, seudosíntoma, enfermedad o estrago?

La concepción de la adicción como síntoma producto de un conflicto inconsciente debe hacernos desconfiar en demasía, como cualquier otra noción simplista acerca de la adicción. En efecto, el psicoanálisis tradicional concibió por mucho tiempo a la adicción como una relación lineal de causa y efecto en la que había que atender la causa para controlar el efecto, bajo una perspectiva determinista y limitada. El problema estriba en seguir considerando que esta situación permanece vigente hasta nuestros días. Hay, por ejemplo, quienes afirman aún que el psicoanálisis constituye una práctica cuya efectividad es escasa o totalmente nula para resolver el problema de la adicción, tanto más cuanto que incluye entre sus planteamientos al-

gunas ideas que, a primera vista, pueden parecer derrotistas y deterministas, llegando a concederle –cuando mucho– cierto reconocimiento a su aporte teórico en la comprensión de la constelación psíquica de la adicción. Sobre dicha "constelación psicodinámica" se ha llegado a decir incluso que constituye el factor psicológico clave a la vez que el conflicto central a tomarse en cuenta en la psicoterapia. Por lo demás, suele señalarse que, en tanto el psicoanálisis ha contemplado la posibilidad de una explicación psicodinámica universal, carece por completo de constatación o validez científica (Elizondo y cols, 1977; Velasco, 1983). Existen también autores (Etchegoyen, 1986; Nasio, 1996) que, más cautelosamente, se limitan a reconocer las dificultades que entraña la práctica psicoanalítica con adictos, sin negar por completo la utilidad de su aplicación, lo que implica suponer que de algún modo el encuadre habitual puede abarcar y hacer posible el psicoanálisis de las adicciones. El mismo Freud advirtió tempranamente este tipo de tropiezos. En una carta dirigida a Ferenczi en junio de 1916 señaló, a propósito del trágico caso de un cocainómano atendido por el psicoanalista húngaro, que: "[…] la intoxicación de cocaína per se y, por consiguiente, la abstinencia conducen a una enfermedad paranoica […] el psicoanálisis no es apto para el tratamiento de intoxicaciones ya que cualquier manifestación de resistencia produce una recaída".

Fue necesario un corte epistemológico para que algunos psicoanalistas pudieran replantear a la adicción como una enfermedad primaria y dejaran de verla como un síntoma secundario a conflictos inconscientes no resueltos. En la actualidad, muchos autores –no precisamente analistas– continúan resistiéndose a aceptar a la adicción como enfermedad primaria. Las disquisiciones y debates académicos acerca de si la adicción debe o no debe ser considerada una enfermedad o una entidad patológica específica son de larga data y sin duda seguirán existiendo. Sin embargo, hay que admitir que el concepto de adicción como enfermedad ha sido –desde su introducción por Benjamin Rush en 1786 y su posterior elaboración por Elvin Morton Jellinek en 1960 (en su clásica obra titulada precisamente *El concepto de enfermedad del alcoholismo*)– de gran utilidad para entender de modo distinto el problema. No podemos negar la enorme aportación que estos dos autores han hecho a la comprensión científica de la etiología y el desarrollo del alcoholismo, sobre todo si consideramos que en su

momento se trató de un modelo inédito gracias al cual fue posible desechar la antigua concepción del alcoholismo como defecto moral, "vicio" o desviación social. Este cambio de paradigma, que bien puede ser considerado un primer salto epistemológico, fue introducido por Rush a través de cuatro puntos esenciales: *1)* la identificación del agente causal (el alcohol), *2)* la descripción de la condición alcohólica como pérdida de control, *3)* la definición de esta condición como enfermedad y *4)* la prescripción de la abstinencia total como único medio para alcanzar la curación (Cerclé, op. cit.). Rush, un médico tan prestigioso como Pinel en Francia, es considerado como el "padre" de la psiquiatría en Estados Unidos por haber adoptado los puntos de vista de los grandes especialistas de la época. Fue gracias a Rush que los médicos norteamericanos encontraron el pensamiento francés sobre la alienación mental, especialmente el de Pinel (Weiner, 1999).

Es por eso razonable que haya sido hasta después de la década de los sesenta que el alcoholismo pudiera ser tratado en el cine como enfermedad y adicción. Antes de eso, las descripciones y puestas en escena trataban el tema casi como un recurso secundario de otra historia principal más que como el argumento central y único. La figura del alcohólico en pantalla era vista hasta ese momento como un ser cómico o protagónico de algún drama familiar (Muñoz, 2007). *Días de vino y rosas* (*Days of Wine and Roses*, Blake Edwards, 1962) es la película pionera en la consideración del alcoholismo como una enfermedad y no ya como un vicio o una degeneración. Sólo una cinta había abordado con anterioridad el proceso de la enfermedad: *Días sin huella* (*The Lost Weekend*, Billy Wilder, 1945), cuyas escenas se han convertido en referentes emblemáticos de los usos y costumbres del alcohol. Más adelante haremos referencia a esta espléndida película precursora en el género.

Ciertamente, la problemática que se plantea respecto de cuándo la adicción es un síntoma y de cuándo constituye la enfermedad central, es de índole epistemológica. Por esta razón, algunos investigadores pretendieron explicar la existencia de los fenómenos adictivos a partir del concepto de "personalidad adictiva" que pudiera ofrecerles un denominador común para definir el "perfil" de la personalidad vulnerable al riesgo del consumo de drogas. Ernest Jones (1953) creía, por ejemplo, que era necesaria una

predisposición especial para incubar una adicción a las drogas. La eterna y delicada cuestión de la difícil distinción que se debe establecer entre la adicción como enfermedad primaria (que no es síntoma ni consecuencia de otra) y secundaria (como un síntoma que denota la presencia de conflictos psicológicos no resueltos, un retraso o estancamiento en el desarrollo de la personalidad), sigue preocupando a los estudiosos de las adicciones. No obstante, la tendencia más aceptada hoy en día es la de considerar que no existe una "personalidad prealcohólica o adictiva" definida, ni hay rasgos de carácter "típicos del adicto" que puedan "explicar" el origen o la evolución de la adicción, por lo cual tampoco es posible diagnosticar el "potencial patogénico" de los individuos (Velasco, 1982; Souza y Machorro, 1988).

Será necesaria una ruptura epistemológica en el campo del psicoanálisis para que se deje de pensar el alcoholismo como un síntoma (un efecto, una consecuencia) y no como una enfermedad en sí misma. Esta ruptura surgió no hace mucho, cuando Armando Barriguete (1996) –ex presidente y miembro del consejo consultivo de la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM)–, afirmó que el alcoholismo es una enfermedad primaria, incurable, progresiva y mortal que se caracteriza por producir signos y síntomas psíquicos, físicos, sociales y económicos capaces de afectar la totalidad de la estructura familiar. Tal quiebre representa, no obstante, más un retroceso que un adelanto para el psicoanálisis, puesto que en tanto enfermedad, la adicción cae dentro del terreno médico. Aunque, a decir verdad, más de medio siglo atrás Sandor Rado ya hablaba de la farmacotimia como enfermedad. Orientándose por el psicoanálisis y pretendiendo dejar a un lado la noción psiquiátrica de que el problema de la adicción es de intoxicación somática (según el paradigma de las enfermedades infecciosas), este autor se vio llevado a considerar a todos los tipos de adicción como variedades de *una sola* enfermedad. De acuerdo con él, la *estructura esquemática* de la farmacotimia podía ser formulada a partir de la selección de los elementos constantes en el material clínico y determinar de un modo empírico sus relaciones.

A partir de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el alcoholismo como enfermedad, dejando atrás la antigua concepción popular de "vicio", los médicos adoptaron este problema como su particular

objeto de estudio. Aunque, a decir de Quétel (1983), la institución psiquiátrica se hizo cargo del problema aun antes de que se acuñase el término alcoholismo por Magnus Huss en 1852, año en que aparecieran también los primeros trabajos de Lasègue sobre el alcoholismo crónico. ¿Cuáles son, pues, los títulos que se arroga el campo de las adicciones para fundar su epistemología? Es a partir del advenimiento de la noción de enfermedad que estuvieron dadas las condiciones de posibilidad para la emergencia de un nuevo saber: el estudio científico de las adicciones, siendo los médicos quienes se apropiaron del fenómeno adictivo como objeto de estudio. Aun cuando la OMS concedió después que el alcoholismo era una enfermedad y que lo mismo podía pertenecer al ámbito médico como al psicológico y al social, en la esfera científica ha prevalecido siempre el enfoque médico (sanitarista, epidemiológico y clínico) en detrimento de los estudios de corte social, psicológico y cultural (Berruecos, 2002).

Al esbozarse para los médicos, y en particular para los psiquiatras, un "tipo mórbido" particular y separado de los demás, algunos psicoanalistas creyeron poder delinear una fisonomía clínica de las adicciones que permitiera fundar su lugar nosográfico. A eso se debe que las primeras teorías de inspiración psicoanalítica abocadas a estudiar el tema de las adicciones sean herederas del gran modelo anatomo-clínico, y que sus reflexiones no estuvieran del todo desligadas de las concepciones médicas sobre la droga. Fue así como cierto psicoanálisis cayó en las trampas de un pensamiento normativo y comportamentalista que no iba más allá de ilustrar estereotipos y proporcionar un catálogo de las conductas, según un esquema causalista clásico que sigue existiendo hasta nuestros días. Tal empleo dogmático de los conceptos analíticos entraña, según Le Poulichet (op. cit.), una instrumentalización, una ideologización y una medicalización secundaria de estos últimos, que deja como secuela una desnaturalización de la teoría analítica. A juicio de esta autora, existen además dos tendencias que se han afirmado en la teoría psicoanalítica sobre las adicciones: la de identificar las adicciones con una variante de una patología ya conocida (perversión, melancolía, manía, etcétera) y la de poner en evidencia una organización psicopatológica autónoma. Sería necesario entonces que el lugar del analista se estableciera en una ruptura con la posición médica para adquirir sus cartas de naturalización epistémica. Y es Le Poulichet quien permitirá generar ese

predisposición especial para incubar una adicción a las drogas. La eterna y delicada cuestión de la difícil distinción que se debe establecer entre la adicción como enfermedad primaria (que no es síntoma ni consecuencia de otra) y secundaria (como un síntoma que denota la presencia de conflictos psicológicos no resueltos, un retraso o estancamiento en el desarrollo de la personalidad), sigue preocupando a los estudiosos de las adicciones. No obstante, la tendencia más aceptada hoy en día es la de considerar que no existe una "personalidad prealcohólica o adictiva" definida, ni hay rasgos de carácter "típicos del adicto" que puedan "explicar" el origen o la evolución de la adicción, por lo cual tampoco es posible diagnosticar el "potencial patogénico" de los individuos (Velasco, 1982; Souza y Machorro, 1988).

Será necesaria una ruptura epistemológica en el campo del psicoanálisis para que se deje de pensar el alcoholismo como un síntoma (un efecto, una consecuencia) y no como una enfermedad en sí misma. Esta ruptura surgió no hace mucho, cuando Armando Barriguete (1996) –ex presidente y miembro del consejo consultivo de la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM)–, afirmó que el alcoholismo es una enfermedad primaria, incurable, progresiva y mortal que se caracteriza por producir signos y síntomas psíquicos, físicos, sociales y económicos capaces de afectar la totalidad de la estructura familiar. Tal quiebre representa, no obstante, más un retroceso que un adelanto para el psicoanálisis, puesto que en tanto enfermedad, la adicción cae dentro del terreno médico. Aunque, a decir verdad, más de medio siglo atrás Sandor Rado ya hablaba de la farmacotimia como enfermedad. Orientándose por el psicoanálisis y pretendiendo dejar a un lado la noción psiquiátrica de que el problema de la adicción es de intoxicación somática (según el paradigma de las enfermedades infecciosas), este autor se vio llevado a considerar a todos los tipos de adicción como variedades de *una sola* enfermedad. De acuerdo con él, la *estructura esquemática* de la farmacotimia podía ser formulada a partir de la selección de los elementos constantes en el material clínico y determinar de un modo empírico sus relaciones.

A partir de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el alcoholismo como enfermedad, dejando atrás la antigua concepción popular de "vicio", los médicos adoptaron este problema como su particular

quiebre, tratando de fundar un campo nuevo que sería, precisamente, el de una clínica psicoanalítica de las adicciones. Dicha invención implica para el psicoanálisis la exigencia de crear sus propios indicadores, ya por completo independientes de las discriminaciones médico-legales.

Al aceptar la idea de "enfermedad" alcohólica, el psicoanálisis no ha hecho sino subsumirse al modelo médico; subordinación respecto a la cual, Moguillansky (op. cit.) postula en sus "Notas para una caracterización psicoanalítica de la adicción" –artículo escrito al lado de Costantino y Seiguer– que la complejidad de la relación entre el psicoanálisis y las categorías psiquiátricas se debe a que la teorización psicoanalítica de la adicción ha partido casi siempre de estas descripciones, polemizando con ellas para enriquecerlas, y retrocediendo en ocasiones ante ellas sin disputarles mayormente el terreno. Es sabido además que la nosología psiquiátrica ha caracterizado la adicción por la presencia de los fenómenos de tolerancia y dependencia, dos criterios que centran el problema sobre el objeto adictógeno (droga), por lo que el término "drogodependencia" ha reemplazado con frecuencia al de "adicción". En sintonía con el consenso psiquiátrico de clasificar la adicción en base a estas dos manifestaciones (tolerancia y dependencia), el abordaje del fenómeno adictivo se focaliza por lo general en la abstinencia; la categorización de la adicción se fundamenta, por consiguiente, en el nivel conductual y busca la remisión sintomática. Visto así, fuera de su ámbito –para el que la supresión de síntomas resulta algo ajeno–, el psicoanálisis ha atravesado la descripción de las conductas para constituir una nosología de base dinámico-estructural que, al no contemplar la dimensión económica, no puede llegar a alcanzar un estatuto plenamente metapsicológico.

A pesar de adherirse al discurso de la medicina, Barriguete acertó al desechar la idea de un perfil psicológico de la personalidad previa a la adquisición de la enfermedad, puesto que para él la "personalidad alcohólica" se construye a partir de que el individuo comienza a beber desordenadamente. Sin embargo, sigue manteniendo atavismos que hacen fracasar su escucha analítica; tal es el caso del concepto prejuicioso sobre la meta autodestructiva, que lo lleva a afirmar que todo alcohólico es un suicida.

Coincidimos con Edwards (1980) en que la opinión dogmática sobre el consumo excesivo de alcohol como equivalente al suicidio es tan inúti

la salud, la higiene, los anticonceptivos, las drogas milagrosas y los alimentos sintéticos, es también el siglo de los campos de concentración, del Estado policíaco, de la exterminación atómica y del 'murder story'. [...] Y así, es inútil excluir a la muerte de nuestras representaciones, de nuestras palabras, de nuestras ideas, porque ella acabará por suprimirnos a todos y en primer término a los que viven ignorándola o fingiendo que la ignoran" (Paz, 1950: 51 y 54). Esta concepción tiende a devolver a la muerte su sentido original, que con frecuencia se le arrebata: muerte y vida son contrarios que se complementan; son inseparables. Ambas son mitades de una misma esfera. Y lo que es más: la muerte se nos propone como una verdad más eminente que la vida (Bataille, 1957).

Pero el colmo llega cuando Barriguete se refiere a la compulsión a la repetición como un "trastorno psicológico" que obliga a la persona a beber en exceso, trastorno del cual no se sabe casi nada, dice él, más que por el hecho de que se encarga de reintegrar al ser vivo al estado inorgánico que le precede. Si tomamos en consideración que el pensamiento de Barriguete está fuertemente influido por el de Rado, resulta hasta cierto punto comprensible su prejuicio moralista. Hay que recordar que, después de todo, Rado mantuvo una concepción instintivista de la problemática adictiva. No obstante, incluso él llegó a decir que sería una afirmación demasiado unilateral la de suponer que el paciente adicto se mata a causa de una necesidad masoquista de castigo. Habría que contemplar, en todo caso, el aspecto narcisista de la experiencia, que nos revela que el paciente no ingiere la dosis letal para cometer suicidio, sino para disipar para siempre la depresión mediante una exaltación que durará *eternamente*. No se mata; cree en su *inmortalidad*. A decir de Olievenstein y Braconnier (1995), la palabra muerte no existe en el lenguaje de los adictos. La muerte reconocida es la de partir a otro planeta, de desfondarse. Hay búsqueda de riesgo, juego con la muerte, porque los adictos tienen –como los niños– el sentimiento, bastante único en la especie humana, de que siempre pueden volver a empezar. La adicción diverge del suicidio en que para uno es un acto último, mientras que para el otro es ante todo el poder de volver a empezar, después está la repetición. Dice Bill W. (1945), cofundador de A.A.: "Con excepción de los casos poco frecuentes de suicidio, nadie toma drogas con la expectativa de que vayan a causarle la muerte. Para muchos

alcohólicos que todavía beben, estas drogas representan un bendito alivio de las angustias de una resaca". Si bien existen elementos masoquistas que no se pueden impugnar, afirma Olievenstein, considerar la relación del toxicómano con su cuerpo como una relación masoquista no deja de ser una simplificación.

Pero, ¿qué derecho hay de culpar a los psicoanalistas por aquello de lo que, por definición, nadie puede dar cuenta? Existe un impulso violento presente en la naturaleza, que sigue subsistiendo en el hombre, y que siempre *excede* los límites. Un impulso del que no podemos dar cuenta; pero sensiblemente vivimos en su poder. "Con su actividad, el hombre edificó el mundo racional, pero subsiste en él un fondo de violencia. La naturaleza misma es violenta y, por más razonables que seamos ahora, puede volver a dominarnos una violencia que ya no es la natural, sino la de un ser razonable que intentó obedecer, pero que sucumbe al impulso que en sí mismo no puede reducir a la razón" (Bataille, op. cit: 44).

Desprevenidamente, Barriguete intenta llevar a cabo una clasificación de las adicciones desde el punto de vista psicodinámico, dividiéndolas en dos grupos: en el primero de ellos, se incluirían las adicciones a sustancias que se introducen por la boca y otros orificios (alcoholismo, tabaquismo, comer compulsivo) y serían consecuencia de la insatisfacción ocasionada por la deficiencia en la cantidad de alimento protector de la autoestima del niño, acompañada de escasa sensibilidad de la madre; el segundo grupo estaría integrado por las adicciones donde no hay incorporación oral de alguna sustancia capaz de brindar confianza, seguridad y placer. Este tipo de adicciones se atribuyen, según él, a una insatisfacción básica en la calidad de afecto con la que se acompañó al proceso de alimentación, aunque se haya dado en cantidad suficiente. La adicción al sexo pertenecería a un tercer grupo que sería el de los insatisfechos tanto en cantidad como en calidad.

Barriguete es tributario de las ideas de Simmel, Fenichel, Weijl, Meerloo y otros que consideran que las adicciones paralizan al superyó y, de cierta forma, eliminan su influencia. Este autor está convencido de que el alcohol es un inhibidor o depresor de la función superyoica, y lo llama "superyolítico" porque debilita ese órgano de censura y rector del comportamiento, y deja al intoxicado en manos del "instinto" y de la conducta primitiva,

"casi animal" en grados extremos de alcoholización. En ese sentido coincide con Kalina (1987), quien no sólo concibe la adicción como un fenómeno humano "contra natura" sino que además denomina *mutantes* a los adictos, por no encontrar otro término más adecuado para referirse a ellos. Barriguete va aún más lejos cuando, en una comunicación publicada en 1973, se suscribe sin reservas a la idea de que la juventud entera representa el intento mutativo de la humanidad, lo que equivale a decir que la adolescencia es la expresión de mutación que obedece a los avatares evolutivos del ser humano.

Sorprenden sus declaraciones en el XLIII Congreso Nacional de Psicoanálisis, en diciembre de 2003, acerca de que "no existen drogas adictivas", con lo cual parece tratar de indicar que el abuso de tales sustancias sólo puede ocurrir cuando el sujeto que las usa tiene alguna característica en su personalidad que le lleva a ello, y que tal fenómeno no puede ser atribuido a las propiedades que esas drogas tienen para generar dependencia. De nueva cuenta vemos cómo se aproxima al pensamiento de Rado, para quien el estudio psicoanalítico de las adicciones se inicia con el reconocimiento del hecho de que lo que convierte a alguien en adicto no es el agente tóxico, sino el impulso a utilizarlo. En efecto, el psicoanalista norteamericano concebía a las adicciones como enfermedades psíquicamente determinadas (lo que significa que deben su existencia a motivos psíquicos), no obstante que pueden producirse por factores exógenos (es decir, son artificialmente inducidas).

Al final de su vida, Barriguete intentó desarrollar este otro enfoque terapéutico que lo llevó a decir no sólo que las drogas no son adictivas sino que además las adicciones sí se pueden curar. De hecho, su tercer y último libro lleva por título *Las adicciones son curables* y allí rectifica algunos de sus anteriores puntos de vista a fin de llegar, según él, a "un mejor, más completo y profundo entendimiento de la enfermedad adictiva". Si las adicciones son curables es porque existe un remedio eficaz para ellas, del mismo modo que enfermedades como la sífilis, la tuberculosis, la lepra y la neurosis encontraron el suyo. En el caso de las adicciones, este remedio consiste en un tratamiento apropiado, basado en el análisis de la verdadera naturaleza de la enfermedad adictiva. A partir de sus observaciones clínicas, Barriguete señala que resulta insostenible la afirmación de que la enfer-

Según Barriguette, entonces, el papel del psicoterapeuta de orientación psicoanalítica consistiría, en analizar las raíces emocionales infantiles tempranas de la enfermedad adictiva y en revisar todas las causas psicológicas que confluyen en las adicciones. De este modo, "el psicoterapeuta se volverá un implacable perseguidor de la parte adictiva del paciente" (Barriguete, 2002: 73). Añade además que "el mejor terapeuta es aquel que comparte la enfermedad, que la ha logrado controlar adecuadamente y que, además, posee los conocimientos necesarios para abordar los procesos inconscientes que siempre serán los responsables de la mayor parte de las recaídas" (op. cit: 84). Partiendo del supuesto de que el adicto es una persona con una constitución emocional muy débil y precaria, este autor atribuye la causa de las recaídas a la falta de solución de los problemas generadores de culpa. A su entender, no existe adicto que no cargue, desde su infancia, con una gran cantidad de culpas inconscientes, mismas que constituyen el núcleo principal de sus deseos destructivos y suicidas. De ahí que otra tarea del psicoterapeuta sea justamente la de detectar dichas culpas. De acuerdo con esta premisa, quien no resuelva todas las culpas, a través de un tratamiento de corte psicoanalítico, estará condenado a recaer para seguir expiándolas. La ecuación sería entonces: a mayores culpas, mayores intentos de destrucción. Puede verse claramente cómo la concepción respecto al adicto como un ser "culpígeno sufriente" que *recae* en el infierno de la actividad adictiva para expiar sus culpas, no dista mucho de la del penitente que se autocastiga para pagar sus pecados. Vemos también el modo en que Barriguete asume una vocación de redentor más que de analista; no es casual, por tanto, que se refiera a aquel que inicia un proceso de recuperación como "el iniciado". Tal como Freud piensa en su artículo "Los que delinquen por conciencia de culpa" (1916) que la culpa precede al ilícito, Barriguete parece creer –como postula Villarrubia (2006)– que hay un sentimiento de culpabilidad anterior al consumo de sustancias. Pero, ¿cuál es el saldo de esta redención? La respuesta de López (2008: 138) sería que, "desde el punto de vista religioso-moral, alguien ha salido del infierno y ahora trabaja virtuosamente por la salvación de sus 'hermanos'; desde el punto de vista jurídico-social, una fuente peligrosa de contagio ha sido eliminada; desde el punto de vista médico, un adicto ha sido curado; y desde el punto de vista del psicoanálisis, se ha producido, junto

con la desaparición de la angustia, el rechazo del inconsciente" mediante la repetición ecolálica de un discurso adormecedor del deseo.

Además de adentrarse en la psicodinamia de las recaídas en las adicciones, Barriguete se ocupó de un tema que, según él, no se había tratado en la literatura científica: los sueños en las adicciones. Se proclamó así como el primero en incursionar en un tema que, por su aportación original e inédita, resulta de enorme valor para los profesionales de las psicoterapias que trabajen con enfermos en recuperación, en la medida en que les abre el camino para el conocimiento profundo no sólo de la enfermedad misma sino de la prevención de las recaídas. Por considerar que en el sueño se estructura la génesis psicológica de la enfermedad adictiva (acontecimientos infantiles que condicionan las causas psicológicas tempranas de la enfermedad), Barriguete augura que el material reportado en los sueños se sumará al arsenal terapéutico con que se cuenta por ser un instrumento capaz de profundizar en la etiología de la enfermedad adictiva. Al señalar que "no existe literatura científica que se refiera al estudio de los sueños en las adicciones" parece extraviarse en su labor investigadora, pues, antes que él, otros analistas habían hecho ya el intento de comprender tales fenómenos. Es el caso, por citar sólo a uno de ellos, de David Rosenfeld quien solía analizar junto con sus pacientes adictos, a lo largo de varias sesiones, los sueños que ellos llevaban.

El español José Antonio Rodríguez Piedrabuena (1996), miembro de la Sociedad Internacional de Psicoanálisis, estableció que la adicción es esencialmente un síntoma, entendiendo a éste como la consecuencia de uno o varios conflictos no resueltos, reprimidos o negados que generan angustia. Puesto que proceden de conflictos nacidos en el inconsciente, los síntomas poseen una significación oculta que hay que descifrar y es tarea de toda "terapia" comprender el lenguaje cifrado que les corresponde. De acuerdo con esta lectura, si los síntomas son el resultado de un conflicto entre las instancias psíquicas (ello, yo y superyó), éste se manifestaría en los adictos básicamente como una búsqueda de la realización de deseos insatisfechos. Debido a que la angustia aparece como la fuente principal de casi todos los síntomas, la adicción representaría un intento de autocuración o, al menos, de estabilización personal. Por lo general, refiere este autor, las drogas se toman como suplencia a un estado depre-

sivo de base; se presentan como remedios al fracaso de los sistemas normales de defensa.

Aun cuando echa mano del sistema conceptual de los más insignes psicoanalistas posfreudianos (Abraham, Ferenczi, Rado, Glover, Klein, Hartmann, Fenichel, Mahler, Kohut, Winnicott, Bowlby, Balint, Bion, Meltzer, Rosenfeld, Anzieu) y de algunos contemporáneos (Grinberg, Kernberg, McDougall, Le Poulichet, Maldavsky), Rodríguez Piedrabuena operó un procedimiento de psicologización de las adicciones consistente en hacer un uso indiscriminado de las categorías y nociones psicoanalíticas para aplicarlas a comportamientos, dando como resultado una banalización de la teoría analítica expuesta. Pero lo que más sorprende es que, habiendo tenido en sus manos el magnífico trabajo de Le Poulichet, haya hecho caso omiso de la lectura crítica ahí contenida referente a las condiciones en que la investigación psicoanalítica, en materia de adicciones, se encuentra limitada. En efecto, el "psicoanalista" español no entendió nada de lo dicho por la psicoanalista francesa, y lo que es peor: confundió el narcisismo con la autoestima, la psique con la mente, el goce con el placer, la perversión con la perversidad, el deseo con el anhelo y la necesidad, la pulsión con el instinto y el impulso… en pocas palabras: el psicoanálisis con la psicoterapia.

Al "psicologizar" su investigación (entresacando citas, deslizando conceptos, emitiendo juicios de valor, arrastrando malos entendidos, cayendo en contradicciones, generalizaciones, esquematizaciones y simplificaciones), este autor no hizo sino mostrar clichés e ilustrar estereotipos, lo cual da lugar a una serie interminable de confusiones derivadas, a su vez, de una falta de rigor epistemológico y conceptual. Vemos, pues, de qué modo se reúnen en él cada uno de los prejuicios y excesos denunciados por Le Poulichet:

- El de la "meta autodestructiva", en tanto se adhiere a las complacientes teorías sobre la autodestrucción: "toda adicción crónica es una especie de suicidio lento e ignorado por el sujeto", "el adicto opta por la muerte lenta", "la conducta autodestructiva se debe a que el adicto se encuentra a merced de un superyó tiránico que no

acepta fallos y acusa sin clemencia los defectos más insignificantes, lo cual conduce a la melancolía", "los adictos se entregan apasionadamente a algo destructivo".
- El de la diferenciación entre "droga dura" y "droga blanda", vuelta obsoleta en el campo de la clínica psicoanalítica de las adicciones.
- El de la tentativa retratística conducente a amplificar estereotipos erigidos en rasgos clínicos.
- El del predominio de la oralidad: "las adicciones son muy frecuentes en personas orales", "las fijaciones orales están en la base de las adicciones".
- El de la adicción como síntoma: "la adicción es sólo un síntoma y una manera de sobrevivir y vincularse al mundo".
- El de la figura del "flagelo social": "la plaga de la drogadicción".
- El de la figura del "drogadicto", trazada por determinaciones sociales y médico-legales, que suscita efectos de creencia y fascinación. La construcción de esta figura espectacular y escandalosa, que alimenta la imagen del "flagelo social", hace aparecer al "drogadicto" como una persona "mala" y "anormal" que, por estar enferma, se encuentra en una situación de minusvalía: "los adictos tienen sobrevalorado el placer genital infantil, la maldad personalizada, el poder y por eso no sintonizan con lo común", "quien pretende resolver sus problemas mediante las técnicas adictivas no es normal", "la adicción es una necesidad de conservar vínculos con algo malo, una incapacidad de vincularse a lo bueno; una falla en la discriminación entre lo bueno y lo malo", "los adictos no tienen la convicción de la fuerza de lo bueno, ni causas positivas a qué agarrarse; lo bueno real está ausente de su conciencia y de su percepción", "los adictos han perdido el sentido de lo bueno, y al no reconocer la diferencia entre el bien y el mal, van al encuentro con la muerte".
- El de la noción de "yo débil" al que es preciso reforzar. Modelo de acuerdo al cual, la función del análisis consistiría en el fortalecimiento del yo y la del analista la de presentarse bajo la forma de prótesis o yo auxiliar para suplir la función materna protectora no establecida en su momento.

- El del fallo de la personalidad, referido generalmente a alteraciones graves o patologías severas de los sistemas yoicos. Perspectiva desde la cual, las adicciones no son más que una tentativa fallida de regulación y control de los conflictos internos, esto es, un método de "curación", de compensación mental y de supervivencia.

En su intento por elaborar una reflexión dinámica acerca de las adicciones, Rodríguez Piedrabuena termina por ofrecer un catálogo de conductas, según el esquema clásico de la relación causa-efecto. Su investigación se centra, por tanto, en definir el "perfil", la conducta y la "personalidad" del adicto, con la finalidad de conocer la estructura de la persona, así como la situación general de los puntos vitales inestables, mal constituidos o en peligro de derrumbe. Dado que para Rodríguez Piedrabuena el instinto de pertenencia grupal está en la base de muchas adicciones, además de sustancias materiales, las drogas pueden ser productos mentales (vínculos, ideas, creencias, ideologías, conocimientos, filiaciones, roles, relaciones de poder, categorías sociales, institucionales, etcétera) con las que los adictos tratan de modificar su grado de conciencia y evitar estados disfóricos, ansiosos, depresivos, de vacío, de soledad, de tensión, de frustración, de sustitución de pérdidas y de compensación de fallos estructurales.

Este discurso pertenece a una corriente de pensamiento que se ha dedicado a construir síntesis psicosociológicas que llevan a considerar que la personalidad constituye un terreno propicio para engendrar la adicción, algo así como el "caldo de cultivo" en el que germinará la enfermedad; posición desde la cual el analista se ve obligado a descubrir la organización psíquica subyacente en cada caso. Aquello que llama la atención es que, aun cuando este autor sostiene que no existe una estructura de personalidad estable que conduzca a la adicción, proporciona algunas tipologías de personalidad y la relación específica que éstas establecen con la droga: *1)* el carácter oral subyacente a muchas adicciones (con los respectivos mecanismos de proyección e idealización), *2)* el fóbico, que utiliza drogas como un sistema de protección frente al temido mundo exterior, *3)* el abandónico, que ante los fracasos y pérdidas prematuros en su desarrollo, establece vínculos adictivos con los objetos a los que atribuye poderes reparadores, *4)* el hipocondríaco, que recurre a la automedicación constante para combatir la depresión latente.

Una de sus múltiples contradicciones es la de decir, por un lado, que resulta imposible definir un tipo de personalidad específica detrás del síntoma de la adicción y, por el otro, que es necesario tomar en cuenta en qué personalidad se ha instalado la droga y cuál es su psicodinámica personal, pues de ello depende el tipo de tratamiento que se requiere aplicar. De este modo, Rodríguez Piedrabuena parece partir de la base de que para que exista una adicción es necesario un grado de organización patológica, aunque sólo sea momentánea o parcial (como puede serlo el núcleo perverso o psicótico de la personalidad).

Asimismo, el autor dilucida conductas y rasgos de carácter comunes y presentes en casi todos los adictos, a saber: conducta compulsiva en busca de gratificaciones regresivas, incapacidad de espera, falta de tolerancia a la frustración, deficiente control de impulsos, precariedad psíquica, sadomasoquismo arcaico, inestabilidad afectiva, defensas primitivas, alteraciones de la identidad, capacidad elaborativa limitada, juicio alterado de la realidad por exceso o defecto de la autovaloración, incapacidad para resolver conflictos, fallos en la posibilidad de sublimar, desorganización y desestructuración de las relaciones objetales, ausencia de ideales realistas, pérdida de la sensibilidad, disminución de la autocrítica (debilidad superyoica), sensación de inferioridad, situación de dependencia absoluta, organización depresiva de fondo, psicosis latente, aislamiento narcisista, ambivalencia, pobre autoestima, personalidad disociada y escindida, pensamiento mágico, falla en la capacidad de autocuidado, escasa percepción de riesgo, autodescalificación crónica, confusión entre lo bueno y lo malo, falta de capacidad de síntesis e integración, etcétera. Como puede observarse, este tipo de consideraciones respecto a lo conductual, más que enriquecer, favorece la construcción de una idea demasiado simplista del acontecer psíquico. Por otro lado, esta clasificación de rasgos caracterológicos recuerda a la taxonomía elaborada por Cesare Lombroso. Las características faciales que Lombroso daba de los criminales arrojaban un solo modelo del hombre peligroso para el Estado, del delincuente potencial, de lo que debía estar separado de la sociedad. ¿Hasta qué punto los psicoanalistas hacen de su listado de características de personalidad y síntomas de los abusadores de alcohol y otras drogas una taxonomía de un Mal visible, innato, hereditario y degenerativo como la del criminólogo italiano?

En Rodríguez Piedrabuena el acento recae todo el tiempo en la fuerza
de la dinámica psíquica o, para decirlo en palabras del autor, en la "psico-
dinámica personal", en detrimento de los procesos económicos concomi-
tantes. Esta tendencia a la simplificación determina la posición de este
"analista", para quien la curación se obtiene mediante la técnica interpre-
tativa que permite hacer consciente lo inconsciente; sus proposiciones,
además de mantener una postura maniquea y moralista, dan cuenta del
fervor que profesa por las clasificaciones y las etiquetas diagnósticas. Bajo
esta óptica, los adictos aparecen como seres inacabados, ubicados en una
fase permanente de maduración, susceptible de ser entorpecida o favore-
cida según se le provea de buenos o malos modelos con los cuales identi-
ficarse. Por su parte, el trabajo del terapeuta queda reducido a incidir sobre
la estructura subyacente del carácter.

Superando la cuestión de la adicción como entidad psicopatológica *per*
se, o como síntoma o manifestación de otra enfermedad, Alejandro Sala-
monovitz (op. cit.), miembro activo del Círculo Psicoanalítico Mexicano
(CPM), concibe a las adicciones como un mal anterior al síntoma. Junto
con la depresión, las enfermedades psicosomáticas y las narcisopatías, las
adicciones conformarían el grupo de los padecimientos del silencio. Ju-
gando con la palabra *adicción*, tal como han hecho ya otros psicoanalistas
(Braunstein, op. cit; Martínez Malo, 2002), Salamonovitz divide el signi-
ficante en las raíces *a* y *dicción*, obteniendo la significación "sin palabra".
De ahí que estos fenómenos puedan ser pensados como los males de au-
sencia de palabra, como las enfermedades donde el sujeto se encuentra
encriptado. El adicto es, para este autor, aquel que confunde la palabra
con la cosa, en virtud de que llena el vacío de su boca con algo material.
La palabra del adicto se encuentra amordazada al estar éste habitado por
un silencio mortífero. *A-dicción* significa, pues, taponar la palabra con un
fármaco. Es en este sentido que las adicciones tendrían que ser considera-
das como criptodepresiones, en tanto que estarían ocultando tras de sí
una depresión.

Al formular la hipótesis de que la depresión *no* es un síntoma, como
tampoco lo es ninguno de los otros padecimientos del silencio (incluidas
las adicciones), lo que Salamonovitz quiere dar a entender es que al no
poder adquirir la categoría específica de enfermedad ni la de estructura

(como entidad nosológica en sí misma), la depresión tampoco es un sín-
toma aparejado a otras enfermedades. Por tratarse de un modelo episte-
mológico diverso del de la medicina, el cuerpo teórico psicoanalítico
concibe al síntoma como una realización encubierta del deseo, que se ins-
cribe además dentro del conjunto de las formaciones de compromiso (al
lado de los sueños, los actos fallidos y el chiste). El síntoma es el portador
de una palabra que intenta querer ser dicha, es un decir con el sufrimiento
del cuerpo de lo que nunca se ha puesto en palabras; de ahí que en psico-
análisis haya que dejarlo hablar. En contraposición a las enfermedades del
silencio incapaces de producir un síntoma, se encuentran las neurosis, pre-
cisamente como enfermedades de la palabra. Eso explica que en la clínica
de las neurosis haya que transitar del síntoma a la palabra mientras que en
la clínica de las adicciones y las depresiones el recorrido se inicia en el si-
lencio y culmina en la palabra.

De acuerdo con esta lectura, las enfermedades del silencio no son vehí-
culo de la palabra sino silencio en la carne sufriente, herida abierta, llanto
de órgano, palabra pulverizada. No sólo no son síntoma sino que no dejan
lugar posible al síntoma; es el ocaso de la palabra, enmudecimiento del
deseo, fracaso máximo del decir. Esta hipótesis conduce al autor a una
serie de reflexiones y problematizaciones teórico-clínicas que construyen
una singular apuesta para el trabajo clínico: la de lograr un tránsito del si-
lencio a la palabra. Se trataría entonces de suscribir en el quehacer del psi-
coanalista una ética del *bien-decir* totalmente distinta de la de hacer el
bien, propia de los discursos médico-psiquiátricos. La ética psicoanalítica
del *bien-decir* es la de fomentar el surgimiento de una palabra nueva: en-
gendrar y parir la palabra, no acallarla ni silenciarla. Ética singular, que es
más bien una poética (po-ética). Esta postura representa, como puede ad-
vertirse, un verdadero salto epistémico, donde la adicción ya no se presenta
más como un síntoma ni como una enfermedad, sino como un mal que
antecede al síntoma y a la palabra.

A medio camino entre la adicción como síntoma y la adicción como no-
síntoma se encuentra Staude (2002), para quien la adicción constituye
una nueva envoltura formal, un seudosíntoma. Aun cuando este autor se
da cuenta de que las adicciones representan el fracaso del recurso sinto-
mático –dada la imposibilidad para el paciente adicto de construir un sín-

toma– no logra dar el gran salto que implica llegar a decir que, en tanto vacío discursivo, las adicciones no pueden dar lugar al nacimiento de un síntoma ni de una palabra.

Continuando con la noción de *a-dicción*, pero sin dejar de considerarla como un síntoma, Martínez Malo (op. cit.) sostiene que si la *dicción* (del latín *dictio onis*) es "la acción de decir, el discurso, el modo de expresión", la *a-dicción* es entonces la falta de palabra, la falta de un decir, o bien, un mal-decir. Algo que falta de ser dicho y que se expresa de un modo distinto; algo que es mal dicho, a la manera de un *lapsus*, que es un mal-decir para la dicción, pero un *bien-decir* del inconsciente. Este autor parte del enunciado de que las drogas no existen sino los sujetos que las utilizan para un fin particular y específico. De ese primer enunciado se desprende que tampoco existen los adictos; lo que hay son sujetos, que tomados en su más estricta singularidad hacen uso de ciertas sustancias. Éstas, a su vez, son condición necesaria, pero nunca suficiente para convertir a un sujeto en adicto. A diferencia de Barriguete, que concibe a la adicción como una enfermedad –como una entidad patológica en sí misma–, Martínez Malo considera que las adicciones, en tanto ausencia de decir o mal-decir, no son, en modo alguno, ninguna enfermedad. Se trataría para él, en todo caso, de un síntoma, como lo que representa algo para alguien, como lo que le permite al sujeto dar cierta consistencia a algo que no la tiene sin ese síntoma. Sin embargo, no termina de zanjar la cuestión al percibir como idénticos la ausencia de palabra y aquello que es del orden del mal-decir (lo que alcanza a ser dicho, pero de modo defectuoso). Es precisamente esa distinción capital la que permite a Salamonovitz percatarse de que, en tanto que ausencia de palabra, la adicción *no* es un síntoma. No es algo que se expresa de otra manera ni una palabra mal dicha, sino un *no poder hablar*. No es palabra encarnada en la piel sino *silencio en la carne*; es padecer el silencio.

Incluso Héctor López, quien se distingue por su modo radical de plantearse el problema, sigue pensando –como muchos de los autores por él llamados "clásicos", entre los que destaca Ferenczi– que la adicción no es más que un síntoma, en este caso, de una forma particular de relación con la castración. Sin llegar a afirmar que la adicción constituya una estructura clínica diferenciada, reconoce la "cancelación del dolor" como su mecanismo específico. Dicho mecanismo estaría inscripto en el marco de una estructura clínica mayor y más complicada, a saber: el complejo de castración. Ahora bien, la "cancelación", en tanto mecanismo específico de las adicciones, puede afectar a una parte de la estructura y coexistir con alguna de las tres principales posiciones subjetivas (neurótica, perversa o psicótica). López establece igualmente la distinción entre la cancelación y los mecanismos correspondientes a cada una de las estructuras mencionadas. Así, mientras que en la represión se trata de construir un "muro" de lenguaje frente a lo real; en la cancelación, ese muro simbólico tambaleante es reforzado por una barrera química provisoria para evitar su derrumbe. Dice este autor: "si la represión es 'lo simbólico frente a lo real', la cancelación sería 'lo real frente a lo real'" (López, op. cit: 152). La cancelación se distingue de la renegación pues ésta, lo mismo que la represión, es una operación dirigida contra una "representación" dolorosa; en cambio, la cancelación va contra un dolor que no tiene representación posible. A diferencia de lo que ocurre en la forclusión, la cancelación no pretende instalar una "nueva realidad" definitiva, sino reconstruir, mediante el efecto tóxico, la dimensión fantasmática vacilante.

La concepción de la adicción como síntoma o manifestación psicopatológica derivada del inconsciente ha llevado a ciertos autores no sólo a ver en el adicto al portador de un decir que le está vedado sino a concebirlo como alguien que dice sin saber que dice. Así por ejemplo, Díaz-Barriga Salgado (1998) –directivo de Centros de Integración Juvenil– establece que la adicción es, en sí misma, una forma de decir, una variante de dicción. La adicción a sustancias representa, de acuerdo con esta línea de pensamiento, un síntoma que comunica, que expresa algo (una demanda, una exigencia, la necesidad urgente de cumplimiento del deseo). Bastaría entonces que el analista sepa descifrar eso que se presenta como lenguaje oscuro para aclarar su sentido. Adicto y adicción serían, de este modo, dos términos que en su estructura y en su significado llevan inscripta una forma de decir las cosas, de relatar la historia personal, de verbalizar lo inconsciente. El adicto sería aquel que "lleva inscrito en su cuerpo un enunciado, un mensaje retrasado, una carta en sufrimiento: el objeto que falta, irrecuperable, ilusorio, enajenante y mortal" (op. cit: 54). Puede advertirse, sin embargo, que una tal aseveración implicaría pasar por alto la "a" pri-

vativa contenida en el término *adicción* que impide toda posibilidad de acceder a la palabra.

El significado etimológico del vocablo adicción, *sin palabra*, con todo lo que conlleva, implicaría una primera demostración de la hipótesis lingüística formulada al inicio: si el aparato psíquico es un aparato del lenguaje y la adicción representa el fracaso máximo de la palabra, luego entonces la adicción es una perturbación del lenguaje. Tal demostración se sustenta en la propuesta de Freud planteada en su temprana monografía sobre las afasias de que el aparato del lenguaje –entendido como esquema hipotético, como geografía ficticia– constituye el umbral epistémico del aparato psíquico –también entendido en términos de una anatomía fantástica, virtual; no localizable en el cerebro.

En la primera de sus "Tres conferencias brasileñas", llamada "El síntoma y el cometa", Jacques-Alain Miller (1998) –yerno de Lacan y heredero de su obra escrita, además de continuador de la Escuela de la Causa Freudiana (ECF) que Lacan impulsó poco antes de morir– establece que en Freud hay dos teorizaciones distintas sobre el síntoma, a saber: la vertiente *Sinn* (sentido) y la vertiente *Bedeutung* (relación con lo real). La primera de ellas, referida a la histeria, invita a poner el síntoma en el registro de lo simbólico, puesto que equivale a un mensaje enviado por un Otro desconocido. La segunda, referida a la neurosis obsesiva, invita a colocar el síntoma en el registro de lo real, en tanto que vuelve siempre al mismo lugar y es muy resistente a ser modificado por el reconocimiento del sentido, entendido éste como lo que tiene significación descifrable. Desde Freud, entonces, el síntoma implica una relación simultánea con lo simbólico y con lo real. Para Lacan, en cambio, el síntoma es puramente simbólico: se desvanece cuando el sujeto admite una verdad interpretativa. En suma, desde la perspectiva de Lacan, el síntoma es un decir, está animado por un querer decir. El síntoma como mensaje del Otro pone de relieve la relación de lo simbólico con lo imaginario.

Si se descifra, se lee, es porque tiene sentido, significación. Ahora bien, para poder descifrar el síntoma es necesario pensar que se trata de una entidad capaz de decir algo, como un mensaje que se da a leer. Sólo así, un síntoma existe como analítico; por eso hace falta creer en él para que se constituya en cuanto tal. Es en su presentación obsesiva cuando el síntoma

se resiste al decir; situado de ese modo en la dimensión de lo real, el síntoma cuestiona la posibilidad misma del psicoanálisis. Si el síntoma obsesivo no parece relativo a un querer decir, ¿de qué modo, entonces, vincularlo con la palabra? De acuerdo con Miller, el síntoma ha adoptado nuevas formas en la cultura contemporánea, dando lugar a las denominadas "patologías de la modernidad", una de las cuales es, precisamente, la adicción. Sin ser propiamente un síntoma analítico, la adicción es un modo de encontrar un goce letal en cortocircuito, sin pasar por el Otro. Pero, si la adicción no es un síntoma analítico, ¿qué es entonces? Se trata de una práctica de goce, que el análisis se vería obligado a transformar en síntoma analítico, es decir, a sustituir por un valor de sentido, que sea del orden de la significación. El psicoanálisis se constituiría, pues, como una práctica del decir para estas patologías alejadas de la palabra, portadoras de "síntomas mudos". Y aunque Miller se refiera a ellas como las nuevas formas sintomáticas del malestar en la cultura por ser "fenómenos nuevos" que otrora no eran llevados al analista, nosotros creemos que lo que hay de nuevo, en todo caso, son las formas actuales de darles lectura. Esta idea de que el acto adictivo representa un cortocircuito en detrimento de los procesos simbólicos ha sido enunciada también por otros autores, entre ellos Geberovich (op. cit.), Maldavsky (op. cit.), y Chassaing y Farges (1998, en López, op. cit.).

Según Miller, los síntomas masivos impuestos por la cultura, lejos de interponer el elemento cultural, el Otro de la cultura (como lo entiende Lacan), permiten permanecer alejados del Otro, lo cual quiere decir que el modo de gozar promovido por la droga responde a algo que se puede llamar "autismo contemporáneo". Con la droga se borra el significado del Otro; es decir, se dejan de requerir las significaciones del Otro, pues la droga permite gozar sin pasar por la palabra, por la cultura, por el escenario social, y obtener un goce supremo, tal vez, superior al del orgasmo ("Imagina el mejor de tus orgasmos, multiplica por veinte la sensación, y aún estás a mil kilómetros. Mis secos y quebradizos huesos se sienten aliviados y humedecidos por las tiernas caricias de mi hermosa heroína. La tierra se movió, y aún se mueve", se afirma en *Trainspotting* de Irnive Welsh). Goce por el cual el adicto estaría dispuesto a matar o, incluso, a morir. De esta manera la relación del sujeto moderno con el objeto de

consumo dependería esencialmente del plus de goce. Aun cuando así sea, para Miller, cabría establecer la diferencia entre *drogas de la separación* y *drogas de la alienación*. Mientras que las primeras separan del Otro, excluyendo o reemplazando además otros placeres (como el orgásmico), las segundas son compatibles con lo social, o sea, funcionan para facilitar los lazos sociales. Entre las drogas de la separación (que están al servicio del repliegue narcisista, de lo autístico alucinatorio), se encuentra la heroína; entre las drogas de la alienación (que pasan por el campo del Otro y que tienen que ver con un enganche en la cadena social), se encuentran la marihuana y la cocaína. Un claro ejemplo del modo en que actúan las primeras puede verse en la película *Paul* (*Pure*, Gran Bretaña, 2002) del realizador escocés Gillies Mackinnon, acerca de un niño de 10 años que, tras la inesperada muerte de su padre, debe lidiar con los problemas que genera tener una madre adicta a la heroína. La escena a la que queremos referirnos es aquella en la que Louise, única amiga de Paul, también enganchada a las drogas, dice mientras se administra una dosis: "Si tengo hambre me sacia, si tengo sueño me duerme, si necesito amor me mima"; a lo que el chico espeta: "Entonces, no necesitas novio". Y es que, como se cuestiona Olievenstein, si la introducción de un producto químico en el cuerpo determina, al menos las primeras veces, un placer orgásmico de calidad exquisita y superior al placer de un orgasmo sexual, y si el placer que uno se da a sí mismo es superior, aunque transitoriamente, al placer experimentado con un compañero hétero u homosexual, entonces ¿cuál es el placer de formar una vida en pareja?, ¿cuál es el sentido de la familia y de la procreación? ¿Significa acaso que drogarse equivale a hacer el amor con uno mismo? Para el adicto, responde Olievenstein, el placer se define en relación con una nueva prohibición, que no es ya la del incesto con la madre –fundamento, para el psicoanálisis, de todo lo que está en el orden de la interdicción–, sino la de gozar en solitario, dentro de sí mismo, por sí mismo. Demos la palabra a nuestro autor: "Es aquí y solamente aquí que se puede comparar al toxicómano con Narciso, ya que como Narciso, no puede enamorarse más que de una imagen, la suya, que construye a cada instante. Como Narciso, tratando de alcanzarla, corre el riesgo de morir. Pero, a diferencia de Narciso, sabe desde el origen que esta imagen es inalcanzable" (Olievenstein, 1998: 12).

Las drogas incluidas en la clasificación hecha por Miller difieren de las contempladas por Ehrenberg (1991) en una articulación similar que distingue entre lo privado y lo público. Inspirado por las grandes reflexiones sobre las drogas en la tradición literaria (desde Charles Baudelaire hasta Octavio Paz), este sociólogo propone que el alcohol está profundamente inscrito en el intercambio social, pues es siempre un modo de comunicación, de exteriorización, de deshinibición, de un salir de sí, al contrario de lo que ocurre con las otras drogas, siempre exhibidas bajo el modo del repliegue sobre sí, de la huida ante la realidad o del rechazo de la sociedad: el alcohol es un medio de sociabilidad mientras que ninguna otra droga puede serlo. Por ser lícito, el alcohol tiene su lugar en el espacio público, mientras que las demás drogas lo tienen en un mundo puramente privado.

Al igual que Jacques Alain-Miller, Hugo Freda (2003) piensa que la adicción se encuentra entre los síntomas sociales contemporáneos, lo que significa que, en todo caso, la adicción es una "nueva forma del síntoma", un síntoma de la modernidad. Ahora bien, ¿en qué medida puede decirse que la adicción constituye una nueva presentación del síntoma? En la medida en que define al sujeto por una práctica (la adicción), no por su síntoma. Y es a partir de la práctica adictiva que se crea un personaje: el adicto, que en tanto tal no es más un sujeto. Es un personaje cuya identidad está dada por su "hacer" con la droga, y es a partir de la fórmula "yo soy adicto" que el hecho de ser hombre o mujer deja de tener importancia. Esto es: en la adicción ya no hay masculino o femenino, sólo consumidores. El adicto es, pues, el personaje de la modernidad que quiere anular la existencia del inconsciente, siendo así que los tóxicos por él utilizados, se convierten en sustancias con las cuales se procura rechazar al inconsciente. En consecuencia, es a los psicoanalistas a quienes corresponde reintroducir esa relación del sujeto con su inconsciente, devolviéndole un estatuto ético. La eficacia del psicoanálisis en estos casos se debe entonces a que hace pasar el goce al inconsciente. Es justamente por esta razón que Tarditti (1998) dice que al abordaje psicoanalítico de las adicciones bien podría llamársele "intervenciones sobre el goce", lo cual abre el camino a una clínica del corte cuya intención sería la de recuperar las marcas de la palabra en el sujeto. Apostar al corte implicaría para el analista procurarse un lugar en la economía de goce del adicto. Lo que significa acoger, so-

portar, dar lugar a la palabra en cada uno de los casos. Y, si bien no existen en la enseñanza de Lacan más que unas cuantas referencias a la adicción, sin llegar a constituir una teoría a pesar de dar una cierta concepción del fenómeno, el psicoanálisis debe fundar un esbozo de teoría que permita dar dirección a una práctica. Hay, por tanto, que abrir el psicoanálisis al adicto; cederle la palabra. A partir de dichas consideraciones, Freda postula la necesidad de construir, deducir, inventar al adicto; lo que implica hacerlo apto al psicoanálisis; esto es posible a partir de la concepción lacaniana de la adicción, en contraposición a la postura freudiana tendiente a excluir tales manifestaciones de su campo de acción.

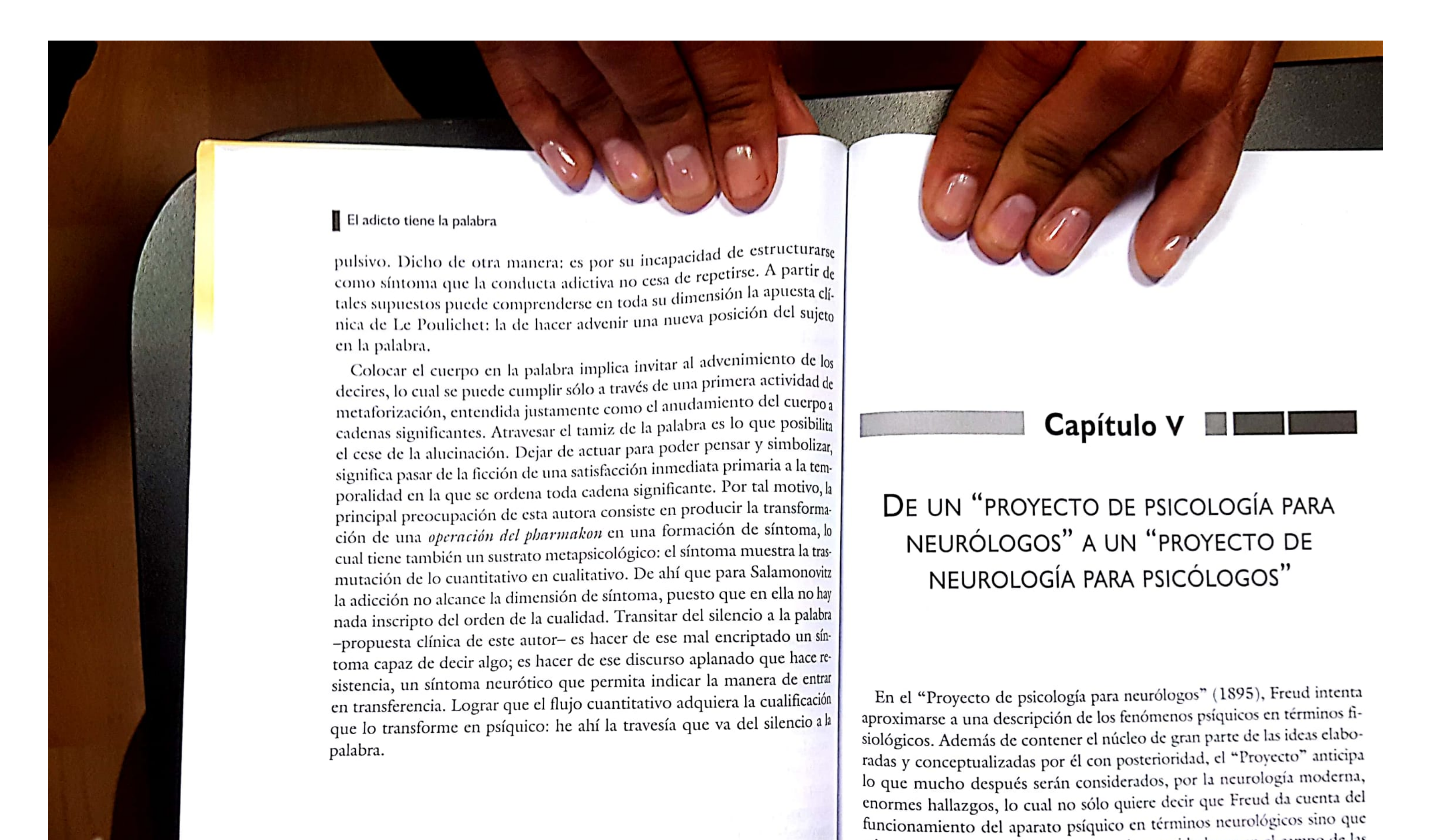
Luego de repasar algunas de las referencias hechas por Lacan sobre el tema de las adicciones, Freda extrae las siguientes conclusiones: "la intoxicación, bajo todas sus formas, es una respuesta no sintomática que tiende a anular la división, la marca de una posición subjetiva caracterizada por un no querer saber nada del inconsciente. Se trata, en estos 'estados', de una elección entre la afánisis y el significante, donde el sujeto opta por la primera" (op. cit: 14). Concluye, asimismo, que, merced al consumo de la droga, el adicto se libera de los problemas que impone la función fálica. Si la adicción apunta tanto a la reducción de toda división como a la ascesis total y el adicto consigue, por mediación de la droga, escapar de las obligaciones impuestas por la función fálica, puede decirse entonces que de lo que se trata en la adicción es de un sojuzgamiento de lo simbólico.

Si esto es así vemos entrelazarse entonces algunas de las hipótesis hasta aquí expuestas: la droga opera como un cortocircuito al nivel del significante, lo cual implica una ruptura con la función fálica, misma que se encarga de hacer existir la metáfora del Nombre-del-Padre. De ahí se desprende que, al fallar o quedar suspendida la función del padre y del falo, la adicción sea un modo de permanecer alejado del Otro, de una degradación del Otro. Lo que se pone en juego en la operación adictiva es, según lo vemos ahora, el rechazo al Otro. Rechazo que el adicto ejerce sobre el Otro, haciendo lo que Tarrab (op. cit.) denomina una "segregación del Otro"; rechazando situarse en el inconsciente. Es, en efecto, una elección contra la castración, contra la división del sujeto y contra el inconsciente. Pero borrando el significado del Otro, descartando las significaciones del Otro, prescindiendo de la relación al Otro, se cae en lo que

Salamone (2003) ha caracterizado como lo "estragante", es decir, eso que escapa a la ley paterna y abisma en el deseo mortífero de la madre. La droga se nos aparece entonces, dice Tarrab (2003), como algo peor que un síntoma, como un *estrago*; el estrago de un goce que vale más que la vida. Desde esta perspectiva, la droga puede ser una aflicción peor que un síntoma; aquello por lo cual alguien se sacrifica hasta quedar devastado. Y si la droga es algo peor que un síntoma, es también un remedio contra el goce, o sea: un goce usado como defensa. Pero una defensa paradojal –como lo han dejado ver Le Poulichet (op. cit.) y López (op. cit.)–, si se le mira del lado de sus efectos autodestructivos; resalta aquí, de manera evidente, la ambigüedad propia del *pharmakon*.

De hecho, Laurent (1994) plantea que la toxicomanía no es un síntoma (en el sentido freudiano de formación de compromiso), sino una formación de ruptura. Pero, ¿ruptura con qué? Ni más ni menos que con el goce fálico. Esta formación de ruptura intentaría evitar precisamente la formación de un síntoma, el que implicaría la división del sujeto. Forma de fuga o de escape a la posibilidad de plantearse la problemática sexual, siempre atravesada por la castración, por la imposibilidad (Cislaghi, op. cit.). Así la droga, definida por Lacan, "es lo que permite romper el casamiento con la cosita de hacer pipí", como sustracción del orden fálico. El éxito de la droga radicaría justamente en el hecho de que permite romper este compromiso o *casamiento* simbólico, entendiendo por tal la entrada del sujeto al campo regulado del goce fálico. Sin embargo, aunque la droga introduce a un modo de ruptura con el goce fálico, no por ello se produce forclusión de la metáfora paterna, a diferencia de lo que efectivamente ocurre en la psicosis. Lo que las adicciones nos permiten comprender es, en suma, el mecanismo esencial de la segregación del Otro, del Otro con mayúscula, del Otro como sede de la palabra.

Partiendo de la raíz etimológica del término *adicción* (sin palabra) puede considerarse al adicto como aquel que se ha visto llevado a quedar fuera de la palabra, fuera de la dicción; de modo tal que la adicción no sería más que un intento fallido de ligadura, de encontrar una barrera al goce, que a la vez posibilite una dicción, es decir: una palabra (Scagliola y Marcucci, 1998). Y es que el acto adictivo viene a sustituir algo que no ha sido posible articular con palabras, de ahí su carácter actuante y com-



pulsivo. Dicho de otra manera: es por su incapacidad de estructurarse como síntoma que la conducta adictiva no cesa de repetirse. A partir de tales supuestos puede comprenderse en toda su dimensión la apuesta clínica de Le Poulichet: la de hacer advenir una nueva posición del sujeto en la palabra.

Colocar el cuerpo en la palabra implica invitar al advenimiento de los decires, lo cual se puede cumplir sólo a través de una primera actividad de metaforización, entendida justamente como el anudamiento del cuerpo a cadenas significantes. Atravesar el tamiz de la palabra es lo que posibilita el cese de la alucinación. Dejar de actuar para poder pensar y simbolizar, significa pasar de la ficción de una satisfacción inmediata primaria a la temporalidad en la que se ordena toda cadena significante. Por tal motivo, la principal preocupación de esta autora consiste en producir la transformación de una *operación del pharmakon* en una formación de síntoma, lo cual tiene también un sustrato metapsicológico: el síntoma muestra la trasmutación de lo cuantitativo en cualitativo. De ahí que para Salamonovitz la adicción no alcance la dimensión de síntoma, puesto que en ella no hay nada inscripto del orden de la cualidad. Transitar del silencio a la palabra –propuesta clínica de este autor– es hacer de ese mal encriptado un síntoma capaz de decir algo; es hacer de ese discurso aplanado que hace resistencia, un síntoma neurótico que permita indicar la manera de entrar en transferencia. Lograr que el flujo cuantitativo adquiera la cualificación que lo transforme en psíquico: he ahí la travesía que va del silencio a la palabra.

Capítulo V

De un "Proyecto de psicología para neurólogos" a un "Proyecto de neurología para psicólogos"

En el "Proyecto de psicología para neurólogos" (1895), Freud intenta aproximarse a una descripción de los fenómenos psíquicos en términos fisiológicos. Además de contener el núcleo de gran parte de las ideas elaboradas y conceptualizadas por él con posterioridad, el "Proyecto" anticipa lo que mucho después serán considerados, por la neurología moderna, enormes hallazgos, lo cual no sólo quiere decir que Freud da cuenta del funcionamiento del aparato psíquico en términos neurológicos sino que además se adelanta a los avances que han tenido lugar en el campo de las neurociencias en épocas recientes. En ese tiempo, Freud se configura como un "teórico neurónico" a través de los grandes descubrimientos realizados en el campo de la neurofisiología, amparados éstos por sus publicaciones clínicas e histológicas sobre el sistema nervioso:

- Establece la universalidad de la estructura fibrilar de los cilindroejes de las fibras nerviosas.
- Descubre que las fibras sin mielina de los nervios posteriores (sensorios) nacen en ciertas células de Reissner, a partir del estudio de las raíces nerviosas posteriores de la médula espinal de un pequeño pez de conformación muy arcaica (el amocetes, larva de la lamprea de río). Halla que las fibras nerviosas de estas raíces tenían su origen en grandes células situadas en el asta posterior de la sustancia gris, lo que no sucede en otros vertebrados.
- Apoya la tesis de la continuidad morfológica de la célula nerviosa de los animales superiores e inferiores.
- Observa las células nerviosas del cangrejo de río.
- Estudia la estructura gonádica de las anguilas.
- Perfecciona un procedimiento que servía para la preparación de tejidos nerviosos vistos al microscopio (utilizando cloruro de oro), a partir del cual, en 1906, el Nobel español Santiago Ramón y Cajal, pudo demostrar por medio de tinciones histológicas con sales de plata, la individualidad de la neurona: la propagación del impulso nervioso se hace a través de los innumerables contactos existentes entre ellas. Por cierto, merece la pena recordar aquí un dato curioso: mientras Freud se dedicaba a realizar investigaciones neurológicas de laboratorio, Ramón y Cajal hacía experimentos terapéuticos con la hipnosis. Después los caminos de ambos se cruzarían para no volver a confluir (Caparrós, 2000).

Los planteamientos hechos por Freud en el "Proyecto de psicología" sorprenden aún más si se toma en consideración que el término "neurona" fue acuñado por Waldeyer en 1891, apenas cuatro años antes de que Freud redactara su opúsculo. De hecho, sus propias investigaciones histológicas lo habían conducido hacia el mismo descubrimiento, constituyéndose así como precursor de la teoría de la neurona. El término "sinapsis" (del griego, unión) fue introducido por Foster y Sherrington en 1897 (dos años después del "Proyecto"), como lugar donde se interconectan las neuronas.

Regresando a nuestro tema, *Q* (cantidad) es todo lo que produce energía, una suma de excitaciones homóloga a la energía física. Es una corriente que circula, que "rellena" o "evacúa" y "carga" las neuronas, mismas que al ocuparse quedan "investidas" o "inervadas". Freud habla de ascenso y descenso del nivel de carga, de descarga y resistencia a la descarga, de barreras de contacto y de cantidad acumulada; nociones todas que aparecen casi idénticas en la terminología de la neuroanatomía contemporánea. Los argentinos Mirta y Julio Moizeszowicz (2000) dirán que lo neurológico de la época del "Proyecto" remite a lo psico-neuro-fármaco-biológico actual. Son ellos quienes han realizado el intento de demostrar cómo se imbrican el psicoanálisis y la neurobiología, ofreciendo un panorama extraordinariamente claro y equilibrado entre ambos andamiajes de hipótesis, aunque sin abordar específicamente el problema de la adicción.

Establezcamos ahora la correlación entre la teoría energética freudiana propuesta en el "Proyecto" y los términos empleados por la práctica farmacológica y la teoría neurobiológica de nuestros días: en neuroanatomía, el *gradiente electroquímico* se refiere a la diferencia de carga eléctrica (ascenso y descenso del nivel de carga). Son los gradientes los que provocan que los *iones* se muevan a través de la membrana celular. Esa diferencia de concentración genera un *potencial de membrana*. Las *cargas* son una fuerza de atracción o de repulsión: cargas opuestas se atraen, cargas idénticas se repelen. Por *potencia* se entiende un tipo de energía almacenada que cuando se libera produce *trabajo*. Todos los "mecanismos" descritos por Freud en la época del "Proyecto" se proponen en términos de lo que posteriormente será llamado *trabajo*, noción que constituirá un común denominador en todas las producciones psíquicas (trabajo del sueño, trabajo de duelo, trabajo elaborativo, esfuerzo de desalojo).

Freud establece la existencia de una bi-escisión arquitectónica de las neuronas que las divide en *sensitivas* y *motoras*. Esta importante dicotomía dentro del sistema nervioso fue establecida por el fisiólogo francés Magendie, sin cuyas aportaciones no se sabría actualmente que, de acuerdo a su función, las neuronas pueden ser: *a) sensitivas* o *aferentes* (llevan los impulsos de los receptores periféricos al sistema nervioso central), *b) motoras* o *eferentes* (llevan los impulsos del sistema nervioso central a los efectores –músculos, glándulas u otros órganos–) y *c)* de conexión (llevan los

de inercia es quebrantado desde el comienzo al resignar su originaria tendencia al nivel cero: tiene que admitir una cierta cantidad de excitación y mantenerla lo más baja posible (sin llegar a la descarga completa). Las diferencias en las concentraciones de energía tienden entonces a igualarse y a mantenerse constantes (principio de constancia): las moléculas tienen la tendencia a moverse de mayor a menor concentración hasta el momento en que las fuerzas llegan a un punto de equilibrio (*homeostasis*).

Al establecer su segunda proposición principal que versa sobre la teoría de las neuronas, Freud dice que en ellas están prefiguradas ciertas orientaciones de conducción, pues con las prolongaciones celulares reciben (las *dendritas* constituyen un polo de recepción informático), y con el cilindro-eje (*axón*) libran, descargan. El principio de inercia halla su expresión en el supuesto de una *corriente* (entendida neurofisiológicamente como el paso masivo de iones), que desde las *dendritas* está dirigida al *axón* para su descarga. En cuanto a la función secundaria, que exige una reserva energética, es posibilitada por el supuesto de una *resistencia* (fuerza que se opone al paso de algo) que se contrapone a la descarga (expulsión energética), y la arquitectura de la neurona sugiere la posibilidad de situar todas las resistencias en los *contactos*, que así reciben el valor de unas *barreras* (canales).

La función secundaria que demanda un almacenamiento de energía intercelular, un acopio de excitación, se corresponde con la capacidad de la membrana celular para almacenar energía (*capacitancia*). Las grandes necesidades: hambre, respiración, sexualidad, sólo cesan bajo precisas operaciones que tienen que realizarse en el mundo exterior. De ahí que el sistema de neuronas se vea obligado a resignar su tendencia originaria al nivel cero (principio de inercia). Por lo tanto, el aparato, necesitará otros recursos para defenderse de cualquier acrecentamiento de la cantidad (principio de constancia). Función secundaria del sistema que requiere un acopio energético para consumar la "acción específica".

Freud obtiene indicios para anudar la capacidad de conducción (*conductancia*) a la de diferenciación (*selectividad*), de modo que puede esperarse que por el propio proceso conductor se produzca una diferenciación y, con ella, una mejor capacidad de conducción. Los canales (barreras-contacto) son selectivos y específicos, sólo permiten el paso de los iones

que les corresponden. La membrana es, en efecto, selectivamente permeable. De igual modo, los estímulos químicos actúan sobre receptores proteicos específicos (tienen *especificidad*). El aparato psíquico, al igual que los elementos neuronales, se ve obligado a retener, a acumular energía, por lo tanto, se comporta como un *capacitor*. En el modelo neurológico planteado por Freud, el carácter esencial de las neuronas es el de su capacidad de conducir energía (como un circuito eléctrico).

Por considerar que cualquier teoría psicológica digna de tomarse en cuenta tiene necesariamente que plantearse el problema de la memoria, Freud integra en su "Proyecto" dicho mecanismo, ubicándolo además como una propiedad rectora del tejido nervioso. A partir de lo cual, establece una clasificación neuronal en la que distingue aquellas neuronas que se mantienen inalterables frente a la cantidad y, por lo tanto, están siempre frescas para recibir estímulos nuevos, de aquellas otras que son influidas duraderamente por la excitación. Las primeras, llamadas *pasaderas* (fi), dejan pasar la excitación como si no tuvieran ninguna barrera-contacto. No operan resistencia, no retienen nada y sirven a la percepción.

Las segundas, denominadas *no-pasaderas* (psi) son aquellas cuyas barreras-contacto ocasionan que la cantidad sólo pueda pasar con dificultad o parcialmente. Tras cada excitación se modifican con respecto a su estado anterior, por lo que puede decirse que quedan alteradas o influidas duraderamente. Aquejadas de resistencia y retenedoras de cantidad, portadoras de la memoria y de los procesos psíquicos en general, dan por resultado la *posibilidad de constituir la memoria*. Son, pues, "células de recuerdo". La alteración de las neuronas psi consiste en que sus barreras-contacto (canales) se vuelven más susceptibles de conducción, es decir, ofrecen menos resistencia; estado designado por Freud como "grado de la *facilitación*" (*Bahnung*) –término acuñado previamente por Sherrington–. Mientras más grande sea la energía en el decurso excitatorio del sistema psi (regido por el proceso primario, correspondiente en esencia al inconsciente), tanto mayor será la facilitación y su aproximación a los caracteres de lo pasadero de las neuronas fi.

Ahora bien, la clasificación neuronal freudiana (entre pasaderas o impasaderas) no está determinada tanto por las neuronas en sí como por las cantidades que discurren entre ellas, lo cual se interpreta desde la neuro-

biología moderna en relación a la cualidad y velocidad de los procesos de neurotransmisión, que implican circuitos de interconexión entre las neuronas que configuran un entramado o red. De igual modo, ahora se sabe que el pasaje de ciertas sustancias químicas por la neurona es susceptible de generar modificaciones en ella, mismas que pueden quedar fijadas en la memoria celular.

Al intentar dar cuenta de los caracteres más generales de la memoria, Freud dice que ésta se encuentra constituida por los distingos dentro de las facilitaciones existentes entre las neuronas psi. Ahora bien, la *facilitación* está determinada por la magnitud y la frecuencia de la impresión. El sistema impasadero está dotado de recursos particulares para evitar el incremento de excitación. Por un lado, almacena energía que es necesaria para llevar a cabo la "acción específica"; por otro, logra la disminución cuantitativa mediante una multiplicación de sus neuronas. Es decir, inviste en psi a varias de ellas, en vez de a una sola, consiguiendo así que las facilitaciones (distribución de la excitación por una gran cantidad de canales) entren al servicio de la función primaria de descarga. A través de este mecanismo de *complicación* es apartada la cantidad del sistema psi, al menos hasta ciertos límites. Se trata de la transformación de las cantidades brutas, procedentes del mundo exterior, en *complicación*. *Cantidad* en fi se expresa entonces por *complicación* en psi, según la ley de Fechner que matemáticamente enuncia que la sensación varía según el logaritmo de la fuerza del estímulo.

Así pues, toda neurona psi (impasadera, retenedora de cantidad, portadora de la memoria) posee varios caminos de conexión con otras neuronas (varias barreras-contacto). La posibilidad de la selección está por tanto determinada por la facilitación: los accesos disponibles serán los primeros en ser transitados. Resulta obvio que el estado de la facilitación de una barrera-contacto (canal) tiene que ser independiente del de las demás para que exista preferencia por alguna en particular. Además, para que haya facilitación, la energía no puede estar inmóvil, estática; para que sólo se tome un camino definido a través de la neurona (conducción diferenciada), se requiere que la cantidad circule. Si bien a finales del siglo XIX una de las hipótesis reinantes sobre el significado de los iones intracelulares era la que hacía referencia a intercambios iónicos entre dos medios acuosos, el



interior y el exterior, a través de una membrana selectivamente permeable, al esbozar el concepto de "permeabilidad" neuronal, Freud se ubica por delante de aquellos que más tarde realizaron los primeros estudios sobre permeabilidad y selectividad. En efecto, la membrana celular contiene canales selectivos (proteínas) para distintos iones. La permeabilidad neuronal dependería, entonces, del número de canales iónicos: entre más canales tiene la célula, más permeable es. Entonces, la corriente fluye donde hay menos resistencia, la cual cede al momento de abrirse los canales. En términos freudianos: mientras más grande sea la cantidad en el decurso excitatorio, tanto mayor será la facilitación; en términos neurofisiológicos: mientras más grande sea la densidad de los receptores en la membrana, tanto mayor será la permeabilidad. De acuerdo a una primera definición que Freud ofrece de la facilitación, ésta podría pensarse como la absorción de energía por parte de las barreras-contacto.

Según el tipo de respuestas provocadas por los neurotransmisores, la neurona estará sujeta a procesos excitatorios o inhibitorios. En estado de reposo la polaridad es negativa. Este pequeño potencial es permanente y nunca llega al cero (principio de constancia). Esta energía en reposo es asimilable a la energía ligada admitida por Freud –influenciado por Breuer–, también llamada quiescente. La energía de investidura ligada no se mueve, se mantiene disponible. Al producirse un potencial de acción, la polaridad de la neurona se revierte (pasando de negativo a positivo), permitiéndose así la entrada masiva y repentina de los iones de sodio (Na+). Dicha fluctuación del microvoltaje se debe a su vez a la apertura y el cierre rápido de los canales iónicos (barreras-contacto). En este estado, la energía se encuentra libremente móvil (cinética). Investidura en libre fluir, que esfuerza en pos de su descarga.

Estrictamente hablando, ninguna célula está en reposo, pues de lo contrario se retornaría al punto cero, al cabo de lo cual el aparato psíquico llegaría a un reposo último. Mientras esté en reposo, la membrana se comporta como un *capacitor*. Sabemos actualmente que las propiedades eléctricas pasivas de la membrana son:

- *Resistencia*: está dada por los canales [barreras-contacto, neuronas *no-pasaderas* (psi), esencialmente impermeables, retentivas de cantidad].

- *Conductancia*: canales abiertos que permiten el paso de iones [neuronas *pasaderas* (fi), esencialmente permeables, que no ofrecen resistencia alguna].
- *Capacitancia*: almacenamiento de energía (concepto introducido a partir de los hallazgos obtenidos por Höber entre los años 1910 y 1913).

Las neuronas pasaderas-fi sólo se entraman con la periferia externa, donde las cantidades de estímulo son de orden más elevado. Tienen, por lo tanto, la tarea de descargar con la mayor velocidad posible la excitación que logra penetrar en ellas. Pero en este sistema, la tendencia originaria a mantener la cantidad en cero actúa ya a nivel de la recepción del estímulo. Freud atribuye este fenómeno a los "aparatos nerviosos terminales", cuyo fin es poner diques a las cantidades exógenas. De esta manera, se reduce la excitación que llega a las pasaderas-fi. Estas pantallas o vainas que recubren a la neurona corresponden –de acuerdo con los mapas neuronales actuales– a los *botones terminales axónicos* encargados de contener y liberar las moléculas de neurotransmisión. Tales botones terminales son dilataciones pequeñas que forman conexiones (sinapsis) con las siguientes células del circuito que, al constituir un polo de expulsión para la información procesada, no hacen sino seguir la tendencia que gobierna la arquitectura del sistema nervioso: la de apartar y descargar la energía.

El sistema impasadero-psi no tiene conexión con el mundo exterior, por lo que recibe cantidades de las neuronas pasaderas (fi), por un lado, y de los elementos celulares situados en el interior del cuerpo, por el otro. Freud hace énfasis en que las magnitudes de estímulos intercelulares son de un orden de magnitud inferior. Por lo tanto, parecería innecesario, a este nivel, una pantalla que opere como freno para las cantidades. La "pantalla protectora", entonces, se ubica frente a los estímulos externos, impidiendo que los mismos perturben al sistema neuronal. Tal situación conduce a Freud a dividir las neuronas psi en dos grupos: las neuronas del *manto*, que son investidas desde fi, y las del *núcleo*, que son investidas desde las conducciones endógenas. La falta de una pantalla protectora hacia el interior coloca a psi totalmente a merced de las cantidades, lo cual constituye el resorte pulsional del mecanismo psíquico.

En la fabulosa y elaborada maquinaria del "Proyecto", Freud expone sus dos hipótesis básicas: la de la *neurona* (fundamento del punto de vista tópico o estructural –arquitectónico–) y la de la *cantidad* (fundamento del punto de vista económico). Laplanche (1970) observa que estas dos nociones básicas del modelo del aparato psíquico –de apariencia neurológica– figuran en él las nociones de *representación* y *afecto* desarrolladas con posterioridad.

El concepto de libido es heredero directo del de energía endógena, elemento energético que encuentra, por otra parte, su correlato anatómico en el de corriente iónica intercelular. Hallamos la prueba de esto en un enunciado escrito por Freud en "Introducción del narcisismo" (1914), donde, al tratar de establecer una doctrina pulsional, dice que "la libido descansa mínimamente en bases psicológicas, y en lo esencial tiene apoyo biológico". La concepción cuantitativa del psiquismo no se contrapone a la del sistema nervioso central, donde la energía es también una "cantidad fluyente", una "magnitud en estado fluido" que se distribuye de manera oscilante y alternante. Esas excitaciones y estímulos endógenos recibirán más tarde –en "Pulsiones y destinos de pulsión" (1915)– su nombre definitivo: el de pulsiones. Tendríamos, entonces, dos tipos de aparato: uno psíquico y otro fisiológico, cada uno de los cuales se vería implicado (a su manera) en el complejo fenómeno de las adicciones. Procesos orgánicos cerebrales y procesos psíquicos inconscientes serían de este modo dos estructuras formalmente homólogas capaces de constituirse, con materiales que les son propios. Resulta curioso observar cómo, en el "Esquema del psicoanálisis" (1940), Freud alberga la esperanza de hallar alguna sustancia química específica (¿droga?) que permita incidir directamente sobre los volúmenes de energía y sus distribuciones dentro del aparato psíquico. Anteriormente, en su artículo sobre el narcisismo, había enunciado el supuesto de que las categorías psicológicas habrían de asentarse en el terreno de los sustratos orgánicos, entendidos como materias y procesos químicos particulares. Pero la esperanza de encontrar el fundamento orgánico de la psique no fue exclusiva de Freud: también Lévi-Strauss (1974) –el famoso antropólogo estructuralista– llegó a sugerir la idea de que algún día se descubriría un sustrato fisiológico de las neurosis y las psicosis, lo cual significaría, según él, que la descripción en términos psicológicos de dichas

estructuras tendría que ceder el paso a una concepción fisiológica e incluso bioquímica.

El "Proyecto" representa el intento de Freud por fundar una nueva psicología científica sobre la base de una neurofisiología, de ahí que tenga que transcribir a un lenguaje anatómico los primeros descubrimientos hechos en el terreno de lo psíquico. Siendo fieles al espíritu del "Proyecto", proponemos ofrecer aquí una explicación *energética* de las adicciones que se ubique por encima de una explicación *hermenéutica* –para hacer uso de los términos empleados por Ricoeur (1965) al referirse a las dos dimensiones del discurso freudiano.



Capítulo VI

La economía psíquica de la adicción

Antes de dar inicio a este capítulo se hace necesario plantear el siguiente interrogante: ¿el fundamento de las adicciones tiene que ser metapsicológico? Hasta ahora, las aproximaciones teóricas que se han hecho desde el psicoanálisis para dar cuenta de este fenómeno, se han ocupado sobre todo de la comprensión psicodinámica de la personalidad adicta, en términos de una descripción topográfica de lo que acontece en el aparato psíquico a nivel de sus sistemas e instancias (primera y segunda tópica respectivamente), pero poco o nada se ha dicho del modo económico de funcionamiento psíquico. Se ha dilucidado, empero, el mecanismo neurofisiológico de la adicción incluyendo la compleja biología molecular con los sustratos neuroanatómicos específicos que la integran. Olievenstein (1973: 21) ha resaltado muy claramente el papel que juega este plano psíquico en relación con el mecanismo fisiológico: "[la toxicomanía] es tanto un trastorno de la economía del sujeto (en el sentido freudiano) como un trastorno





biológico". De ahí que la economía psíquica de la adicción constituya el centro neurálgico de nuestro trabajo.

Tan cierto es que existe el inconsciente como que tenemos cerebro; una cosa no excluye a la otra, razón por la cual intentamos demostrar que existe igualmente un mecanismo psíquico de la adicción cuyo fundamento puede ser explicitado a partir del modelo metapsicológico ideado por Freud. Este modelo, dicho sea de paso, fue diseñado a modo de un constructo hipotético-metafórico para dar cuenta del funcionamiento del aparato psíquico en términos topográficos, dinámicos y económicos. Tres aspectos constitutivos de los cuales sólo el último se ocupa de describir los caminos y vicisitudes de una particular circulación de la energía libidinal en el aparato psíquico. Se trata, como puede advertirse, de un aparato virtual e imaginario más que material, tal como lo muestra Freud en "Lo inconsciente" (1915): "Nuestra tópica psíquica *provisionalmente* nada tiene que ver con la anatomía; se refiere a regiones del aparato psíquico, dondequiera que estén situadas dentro del cuerpo, y no a localidades anatómicas". Quince años atrás, en *La interpretación de los sueños*, había dicho lo mismo de esta otra forma: "queremos dejar por completo de lado que el aparato anímico de que aquí se trata nos es conocido también como preparado anatómico, y pondremos el mayor cuidado en no caer en la tentación de determinar esa localidad psíquica como si fuera anatómica".

Antes de poder aproximarnos al problema económico de las adicciones se hace preciso partir de la explicación *dinámica* que ofrecen las distintas teorías psicoanalíticas, para pasar a ver luego dónde inciden *económicamente* tales explicaciones. La mayor parte de los autores, independientemente de las líneas interpretativas privilegiadas por cada uno de ellos, han coincidido en señalar el papel preponderante que el concepto de "fragilidad yoica" desempeña dentro del proceso desencadenante de la adicción, atribuyéndole a la droga la función común de proteger al yo demasiado frágil (en proceso de cuarteamiento). Lo que no se puede dejar pasar por alto son las implicaciones metapsicológicas de la tan reiteradamente señalada "inconsistencia yoica". ¿En qué consisten, pues, tales implicaciones?

En el "Proyecto", Freud introduce una organización llamada el "yo", representada como "un grupo de neuronas que está constantemente investido", lo que la hace aparecer como una especie de depósito, portadora

del reservorio energético requerido por la función secundaria. Su definición más explícita la hace figurar como "una red de neuronas investidas, bien facilitadas entre sí". La noción de *red* se presenta como algo más estático, más cerrado que la imagen del sistema psi cuyas ramificaciones sucesivas tenían por función evacuar la energía y no retenerla. Este yo, inhibidor de *procesos psíquicos primarios*, introduce un proceso de ligazón que retiene, modera, regula, liga y estanca la libre circulación de energía. Análogamente a como lo haría un sistema hidráulico de drenaje, el yo actúa como un depósito, un condensador susceptible de abrir y cerrar sus válvulas de descarga. Desagüe que, al evacuar el excedente de energía, evita un desborde. En su interior las comunicaciones son buenas mientras que en su periferia existen barreras-contacto (canales) que restringen el intercambio (iónico). El yo aparece así como una especie de *capacitor*, en cuyo interior actúa el principio de los vasos comunicantes, permitiendo la distribución de energía a un nivel uniforme y constante, mientras que, con respecto al exterior, se mantiene una diferencia de nivel (cargas). Ese yo que detiene la descarga energética y ejerce las defensas, determina la aparición del *proceso secundario*, que no es sino el resultado de una primera masa ligada, también ella, por un límite, una envoltura, una epidermis. Ahora bien, Freud divide al yo en un componente permanente y uno variable. La parte fija del yo, que es el "núcleo del yo" no es más que un gran receptáculo que actúa en razón de su carga energética (gradiente electroquímico).

Ese "yo" no es otra cosa que el *soma* o *cuerpo neuronal* delimitado por la membrana plasmática, que separa el contenido celular del medio externo. En efecto, el núcleo de la célula está separado del *soma* o *citoplasma* por una envoltura proteica porosa. Como puede observarse, se trata de una biología que pretende ser cuantitativa, accesible a balances energéticos y a mediciones de diferencias de potencial, por lo que quedaría corroborada nuestra hipótesis de que el fundamento metapsicológico de las adicciones no estaría, en rigor, en abierta contradicción con los últimos descubrimientos de la neurofisiología, en cuanto a que existe compatibilidad con nociones propias de este campo, tales como: potencial de reposo, potencial de acción, potencial de membrana, despolarización, gradiente electroquímico, intercambio iónico, sumación, etcétera.



Habría entonces que representarse el aparato psíquico como una instalación eléctrica compuesta por una red de cableado conectada a una fuente de energía o a un generador que posibilitaría el tránsito de la corriente y el contacto entre neuronas (conexión sináptica). De hecho, mucho de lo afirmado por Freud en 1895 –sustentándose en los conocimientos de lo que él llamaba "la moderna histología"– puede correlacionarse con el concepto de neurotransmisión, desarrollado por las neurociencias. ¿De qué otro modo podría pensarse, si tenemos en cuenta que la propiedad esencial del aparato freudiano –primero llamado aparato del lenguaje, luego aparato neuronal, y finalmente aparato psíquico o anímico– es establecer asociaciones, conexiones y uniones?

El yo es una organización que se ha formado dentro de psi, considerada por el Freud del "Proyecto" como el sistema nervioso en su totalidad. Es a partir de esa teoría económica del yo, y no antes, que podría explicarse la marcada fragilidad yoica tan característica del adicto. Si el yo cumple esa doble función inhibidora y defensiva, y evoca a la vez la relación de un organismo con su medio, organismo que se define por un límite que circunscribe una región en la cual circula cierta energía cuyo medio permanece constante, se trataría entonces de un yo-membrana, yo-envoltura, yo-piel, yo-cuerpo que impide el vaciamiento de esa energía. De no ejercer esa función, tendría lugar el principio de inercia neuronal que dicta la evacuación completa de la energía hasta un nivel cero, lo que implicaría la muerte del sistema energético. El yo como superficie del aparato psíquico y metáfora de la barrera cutánea corporal, fue también pensado por Freud en *El yo y el ello* (1923), donde lo concibe como anatómicamente análogo al homúnculo del encéfalo.

Posteriormente, Didier Anzieu (1987) intentará demostrar el modo en que la primera descripción del aparato psíquico –dada por Freud en el "Proyecto"– es una anticipación de este yo-piel. Anzieu asigna nueve funciones a aquello que da en llamar el yo-piel, a saber: *1)* la de ***mantenimiento*** o soporte del psiquismo (del mismo modo que la piel cumple una función de sostenimiento del esqueleto y de los músculos), *2)* la de ***continente*** (así como la piel recubre la superficie entera del cuerpo, el yo-piel pretende envolver todo el aparato psíquico), *3)* la de ***para-excitación*** paralela al yo (como la epidermis, el yo presenta una estructura en doble hoja: la hoja superficial es el caparazón, el cuero; la hoja de abajo, en papel encerado, representa la recepción sensorial de las excitaciones y la inscripción de sus huellas en la tabla de cera), *4)* la de ***individuación*** del sí-mismo, que le aporta el sentimiento de ser único (como sucede con la membrana que protege la individualidad de la célula, diferencia los cuerpos extraños de las sustancias parecidas, impidiendo la entrada de los primeros y admitiendo a las segundas. Además, siendo la membrana una estructura que separa la célula de su medio, evita su fusión con las células adyacentes), *5)* la de ***intersensorialidad*** (el yo-piel es una superficie psíquica que une las sensaciones de distintas clases y que las destaca como figuras sobre ese fondo originario que es la envoltura táctil), *6)* la de superficie de ***sostén de la excitación sexual*** (superficie en la que se pueden localizar zonas erógenas), *7)* la de ***recarga libidinal*** del funcionamiento psíquico (función de mantenimiento de la tensión energética interna y de su distribución desigual entre los subsistemas psíquicos), *8)* la de ***inscripción de huellas*** sensoriales táctiles (mientras la piel proporciona informaciones directas sobre el mundo exterior, el yo-piel es el pergamino originario que conserva los garabatos tachados, raspados de una escritura "originaria" preverbal, hecha de trazas cutáneas), y *9)* la de ***autodestrucción*** de la piel y del yo; función negativa del yo-piel o, mejor dicho, de antifunción, al servicio de la pulsión de muerte. La piel imaginaria que recubre al yo se convierte en una túnica envenenada, asfixiante, abrasadora (función ***tóxica*** del yo-piel homóloga a la función biológica de la muerte celular programada genéticamente [denominada *apoptosis*], o a la fagocitosis aberrante capaz de ocasionar enfermedades inmunológicas o neoplásicas).

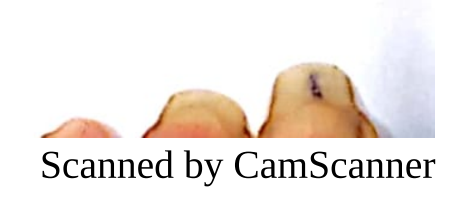
Hemorragia psíquica

La noción de "barrera-contacto" remite a la propiedad de permeabilidad-impermeabilidad de un canal o una represa, en la medida en que a la vez que obstruye, deja pasar a la manera de una compuerta. Lo que Freud denomina el ***apremio de la vida*** no es más que un mediador o catalizador, causa final para justificar la constitución de un organismo y el mantenimiento de una provisión energética "ligada" por el límite mismo de la

membrana celular. La función secundaria es impuesta por las exigencias de la vida, es decir, la presión ejercida en el organismo por una afluencia de excitación interna, la insuficiencia de las reacciones orgánicas para evacuar duraderamente esta sobrecarga, y la necesidad de desencadenar "acciones específicas", únicas susceptibles de abrir las válvulas de descarga (dispositivos de apertura-cierre para regular el paso de líquidos por tuberías-drenajes), también llamadas por Freud *esclusas* de la motilidad (aludiendo al mismo sistema de compuertas).

En *Más allá del principio de placer* (1920), Freud recurre al modelo de una vesícula indiferenciada de sustancia estimulable cuya superficie, bajo el impacto de los choques provenientes del mundo exterior, se diferencia, formando una especie de envoltura protectora que sirve como órgano receptor de estímulos. Ahora bien, la "protección antiestímulo" frente al mundo exterior de que está provista esta vesícula viva es susceptible de ser perforada, toda vez que las excitaciones externas sean tan poderosas como para traspasarla. Freud denomina *traumáticas* a las excitaciones externas que de ese modo sobrevienen sobre el aparato psíquico.

He aquí entonces nuestra hipótesis metapsicológica principal: en las adicciones tendría lugar una falla en la función integradora, protectora, ligadora del yo. Por ello, un propósito importante de la droga sería el de proveer una coraza contra las cantidades excesivas de energía que irrumpen en el sistema, ocasionando una ruptura de las barreras (dispositivos protectores). Ese violentamiento del límite y afluencia de energía móvil, "no ligada", proclive a la descarga, causa esencialmente dolor, por lo que la droga opera como un "parche", un tapón o dique de contención, que restablece artificialmente la consistencia yoica. En esta línea, Rado observó que cuando se administra la droga, produce sensaciones de displacer (elevación del grado de excitación) y al mismo tiempo alivia (descarga) las existentes, siendo el resultado final la conversión de las tensiones dolorosas en placenteras. La intoxicación abre paso a la circulación absolutamente libre y loca de energía (del ello); apacigua asimismo a las influencias inhibitorias y defensivas (del yo). El efecto secundario de la intoxicación es la producción de un estado de placer que varía ampliamente en intensidad y en cualidad. Pero, tarde o temprano aparece un estado de displacer (aumento de tensión) inducido por la abstinencia que introduce la apremiante



entonces que las adicciones constituyen la invención de un montaje del cuerpo (una formación narcisista) que permitiría "ligar" las cantidades de excitación que se derraman. Las adicciones parecen, pues, coagular el cuerpo en un tratamiento del dolor que realiza una forma de "repliegue narcisista" para detener esa hemorragia. Son un modo de limitar, contornear y demarcar ese cuerpo que, ante la invasión de las cantidades excesivas de energía, parece desvanecerse. Son la elaboración de un cuerpo "circular": convertirse incesantemente en lo que se incorpora, para que el yo tenga por fin la ilusión de encerrarse en sus propios bordes y resistir a una abertura mortal; circularidad trágica en la que la repetición genera la desaparición del propio sujeto. Las adicciones procuran, desde esta lectura, la sedación posible del dolor para restablecer una homeostasis; operación desarrollada como anulación de un corte entre el organismo y el lenguaje que implica la continuidad de un cuerpo biológico (anatómico, orgánico) con serias dificultades de transformación en cuerpo erógeno. Se trata, dice Le Poulichet (op. cit.), de un dispositivo de urgencia presentado en una dimensión fundamentalmente económica. Esta dimensión de la urgencia ha sido puesta de manifiesto por Vera Ocampo (op. cit.), quien considera que aparece en la adicción bajo la forma de la irrupción compulsiva en donde no hay palabra. El tema de las urgencias nos ubica de lleno, como se verá más adelante, en las llamadas patologías del acto.

El reloj de arena de la droga

Partiendo de un marco filosófico para pensar la experiencia de las drogas, Giulia Sissa (1997), define la adicción como una práctica que pone en marcha la potencia de un deseo que se ha vuelto insaciable y cada vez más devorador (deseo entendido como apetito indestructible o impulso ilimitado). La adicción lleva a cabo, dice ella, una teoría del deseo donde la falta no tendría nada que ver con un estado de vitalidad dichosa, sino con un dolor insoportable. El placer se transformaría, entonces, en cesación de ese sufrimiento. Tal como lo entiende Freud, el placer estaría definido por su negatividad, o sea: ausencia de malestar, disminución de la tensión, sedación del displacer, no-dolor.

La atracción y rechazo entre los dos enunciados: el placer es negativo y el deseo es insaciable, le permite a Sissa esbozar una historia del placer, entre la filosofía (platónica, epicúrea, cristiana y estoica), el psicoanálisis (freudiano y lacaniano) y la neurofarmacología. Para dar cuenta de lo que es la insaciabilidad (*aplestía*), la autora recurre a Platón, quien describe el alma deseante a la manera de una jarra rota que el apetito no deja de llenar a medida que se vacía. El adicto sería, desde esta lectura, un intemperante, un insaciable (*áplestos*) que no cesa de llenar su cuerpo agujereado. Es por eso que el adicto puede compararse a las Danaides, que tratan de llenar de agua un recipiente agujerado. Apetito inagotable que, en lenguaje platónico, se conoce como "pleonexia", como "el hambre de más y todavía más". Este anhelo de "más y más" rebasa y destruye todas las medidas; es necesariamente desastroso. De ahí que, para Kalina, el adicto sea un ser crónicamente "hambriento".

Veamos ahora de qué forma estas consideraciones hallarían su convergencia con una posible teoría económica de las adicciones. La gran tinaja fisurada, perforada, "desfondada" –representada por Platón– sería la célula yoica del adicto cuya sed no termina de agotarse y que se vacía conforme se le abreva, como un chorlito (ave que come y defeca a la vez) o como un reloj de arena. Esa vasija agujereada sería el cuerpo membranal por el que se filtran, se derraman cantidades excesivas de energía que no encuentran ningún límite, ningún dique, ninguna ligadura, como la sustancia misma que se precipita a los agujeros del cuerpo insaciable. Aparato psíquico afectado en su función protectora contra los estímulos, incapacitado para detener el dolor de la *efracción*, incapaz de diferir y tramitar las excitaciones. En suma: fracasado en su ocupación de conservar un cuerpo.

El álgebra de la necesidad

Cántaro roto, ánfora agrietada por la que fluye, se derrocha un líquido infinito. Flujo perpetuo en un movimiento de caída. Corriente incapturable, irreversible, que nunca se detiene. De ahí que en la adicción no haya adición sino sustracción, pura pérdida. No es casual que William S. Burroughs –adicto durante quince años– dijera en la Introducción de *El al-*

muerzo desnudo (1959): "El adicto necesita más y más droga para conservar forma humana... [...] La droga es cuantitativa y mensurable con gran precisión. Cuanta más droga consumas menos tienes y cuanta más tengas más usas. [...] La droga produce una fórmula básica de virus 'maligno': El *álgebra de la necesidad*. El rostro del 'mal' es siempre el rostro de la necesidad total. El drogadicto es un hombre con una necesidad absoluta de droga. A partir de cierta frecuencia, la necesidad no conoce límite ni control alguno". Para este gran visionario, nadie tiene nunca droga suficiente. Esta ecuación algebraica de la droga permite a Burroughs entender el placer como negativo, siguiendo el modelo platónico. Y todavía más: en el siguiente párrafo reconocemos la tendencia del sistema nervioso a hacer descender lo más posible su nivel de excitación, que Freud bautizará como "principio de Nirvana": "Un yonqui no quiere sentir calor, quiere estar fresco, más fresco, FRÍO. Pero quiere el FRÍO como quiere su droga, no FUERA, donde no le sirve de nada, sino DENTRO, para poder estar sentado por ahí con la columna vertebral como un gato hidráulico... y su metabolismo aproximándose al CERO absoluto".

Retomando: el envoltorio corporal, por fuerza, tiene que romperse a causa de las terribles sacudidas que asolan su interior; interior que se desgarra, que se desangra. Todo lo cual es visto por el adicto desde una perspectiva ajena; lo que significa que siente el dolor, pero como si fuera de otro. Lo que en este caso ocurre es, en términos de Anzieu (op. cit.), que la carencia de la función contenedora del yo-piel da lugar a dos formas de angustia: la de una excitación pulsional difusa, esparcida, no localizable, no identificable, no apaciguable, en que el individuo busca una corteza sustitutiva en el dolor físico o la angustia psíquica, y la angustia de tener un interior que se vacía. En este segundo caso, la envoltura existe, pero su continuidad está interrumpida por agujeros. Es un yo-piel colador; los pensamientos huyen, los recuerdos se desvanecen. Cuando lo que ocurre es un déficit en la función de ***para-excitación***, la adicción puede aparecer como una solución para erigir una cortina de niebla o de humo entre el yo y los estímulos externos. Por su parte, la toxicidad del yo-piel hará su aparición en la reacción paradójica del adicto que evita todo lo que puede hacerle bien, sintiéndose atraído por lo que le es perjudicial.

Esta idea de un yo quebradizo mantiene ciertos puntos de contacto con la hipótesis del "espejo roto" propuesta por Olievenstein, según la cual el adicto no podría reconocerse como uno y entero. Esta metáfora puede ser entendida a partir de una ruptura de la unidad de la representación narcisista en espejo. Partiendo de sus observaciones y hallazgos sobre el significado de la piel y su relación con el esquema corporal, D. Rosenfeld (op. cit.) desarrolla una línea de investigación que coincide con la de Anzieu en el sentido de que atribuye también la necesidad de la ingesta de drogas a la ausencia de una piel continente. Desde este punto de vista, la función que cumple el consumo es la de hacer experimentar al adicto estímulos cutáneos de calor, esto es, de un continente. El psicoanalista argentino considera que las sensaciones cutáneas que los adictos buscan mediante el consumo, corresponden a un modo de sentir en la piel un contacto cálido que sustituya el que no tuvieron en su vínculo con la madre; a esto se debe que el adicto se introduzca dentro del objeto inanimado (droga). Esta necesidad de meterse dentro de otra piel planteada por D. Rosenfeld es coincidente, además, con las nociones de Esther Bick sobre la creación de una "segunda piel"; recordemos que esta autora –perteneciente al grupo poskleiniano– propone que al inicio de la vida las partes de la personalidad están separadas y la piel funcionaría como una suerte de envoltura.

La falta de un continente (piel) adecuado implica también la falta de sostén relacionada, a su vez, con una carencia de esqueleto, lo que hace que estos pacientes lleven a cabo actividades fuera de la sesión tendientes a compensar la falta de continente. Tal puede ser el caso del desarrollo de la actividad muscular en la que se pierden energías que fluyen del cuerpo sin control, como si faltara algo que las contuviera; ante lo cual, estos pacientes intentan encontrar infructuosamente límites para su *self*. Pero la capacidad para un control sobre el propio cuerpo sólo puede alcanzarse en tanto exista en el sujeto una vertebración interna constituida por la experiencia de la piel más la experiencia de una cierta organización que dé consistencia a aquello que está incluido dentro de los contornos a los cuales dicha piel pone límites. Veamos ahora de qué modo las hipótesis de E. Bick retomadas por D. Rosenfeld se vinculan con las ideas freudianas referentes a la "protección antiestímulo".



[illegible] expone que el adicto [illegible] (ligadura o anudamiento) [illegible] separación (esto es, sustituir [illegible] en la adicción es esa "sol- [illegible] intermedia de la fantasía; dicho en [illegible] la ligadura entre la pulsión y el sig- [illegible] fantasmática como la creación me- [illegible] entre el goce pulsional y el [illegible]

[illegible]



El vértigo de lo real

La carencia de las barreras antiestímulos hace imposible la reducción cuantitativa, quedando así anegado el aparato por estímulos intramitables. Esta inundación de estímulos impone la tarea de "ligar" psíquicamente las cantidades para alcanzar un cierto dominio sobre lo traumático, o sea, sobre los incrementos excitatorios. Son las *ligaduras* las que inhiben la descarga a cero. Siguiendo esta línea, López (op. cit.) expone que el adicto es aquel que no ha establecido la "soldadura" (ligadura o anudamiento) necesaria para producir una diferenciación o separación (esto es, sustituir lo real por lo simbólico). Lo que falla entonces en la adicción es esa "soldadura" entre el acto y la actividad intermedia de la fantasía; dicho en otros términos, se trata de una falla en la ligadura entre la pulsión y el significante que impide tanto la actividad fantasmática como la creación metafórica de un síntoma. Este anudamiento entre el goce pulsional y el significante se torna imposible puesto que el sujeto carece de los mecanismos de simbolización necesarios para producir un síntoma neurótico. La adicción sería un intento, medianamente exitoso, por producir esa "soldadura" a través de un suplemento específico para sostener una fantasía mediadora ante el dolor del trauma (desborde de excitación que López llama "vértigo de lo real"). Esta dificultad para ligar lo pulsional se manifiesta como dolor, el que sólo puede ser cancelado de manera momentánea por la intoxicación. Ésta debe ser vista, en consecuencia, como una operación de urgencia para bloquear la intensidad del trauma pulsional. Ya, desde 1984, Geberovich (op. cit: 25) hacía la siguiente aclaración: "la droga irrumpe en el aparato psíquico con las tres notas características del trauma: hace efracción, no es subjetivable y produce energía no ligada". Mucho tiempo atrás, en 1893, Breuer y Freud definían el *trauma psíquico* como toda vivencia capaz de suscitar los afectos penosos del horror, la angustia, la vergüenza y el dolor psíquico.

Podría concebirse entonces la adicción como una patología del excedente, en tanto que obliga al sistema a permanecer en circuitos donde impera lo cuantitativo. En el permanente vaciamiento energético del aparato sólo hay lugar para la cantidad, misma que para ser regulada requiere de una transformación a un orden de cualidad. La cantidad pertenece al



orden de la descarga (donde algo se pierde en el gasto), a diferencia de lo que ocurre con la representación (asociada a la idea de investidura, que constituye una forma de "creación" psíquica) (Assoun, 1993).

Patología del acto

Pero, además de ser ubicadas como "patologías del borde o del excedente", por la imposibilidad de constituir un borde, un límite a un goce que siempre amenaza con una invasión devastadora, las adicciones se inscriben en la dimensión del actuar, en el registro del *agieren* freudiano (por tener algo de acción, de actuación, de puesta en escena). Por tanto, pueden ser conceptualizadas también como "patologías del acto". Staude y Couso (1996) ubican esta dificultad de hacer palabra con el fracaso del síntoma, en el que éste no logra estructurarse, o no logra ser tramitado. Cuando el recurso del síntoma fracasa, aparece en su lugar el montaje adictivo, mismo que tiene como función otorgar una estabilidad siempre relativa. Y es que, como señala Petit (2006), no estamos en el campo del síntoma, no estamos trabajando con formaciones del inconsciente: estamos en el campo de la acción. Que los procesos de adicción tengan como rasgo común la impulsividad –lo que hace que sean considerados generalmente como trastornos del impulso– no es algo que se acabe de descubrir: lo habían advertido ya, entre otros, Savitt y Stekel.

Este último concibe los fenómenos de la "narcotomanía" y la "dipsomanía" como pertenecientes al ámbito de los actos impulsivos, razón por la cual los incluye dentro su obra dedicada a examinar los desórdenes del instinto y del afecto. El psicoanalista austríaco considera que los "narcotómanos" son sujetos impulsivos que se narcotizan para reprimir sus impulsos antisociales. Se trata, a su entender, de "parapáticos" (término que considera más correcto para referirse a los "neuróticos") que se temen a sí mismos y que recurren a los narcóticos para poder vivir en sociedad. Describe a este tipo de pacientes como individuos inquietos, muy excitados, que terminan narcotizándose para tranquilizarse. En opinión de Stekel, estos enfermos padecen primitivamente de angustia o depresión, lo que los lleva a convertirse en narcotómanos. Huyen de la depresión y de

la angustia vinculada a ella mediante el recurso de la embriaguez. Ésta les procura paz y reposo. La intoxicación y la narcosis sirven, pues, para silenciar, ahogar, narcotizar y reprimir el impulso morboso.

En el intento de ahondar en la complejidad de la dirección de la cura con patologías del acto, José Barrionuevo (2000) aborda aspectos relacionados con ciertas configuraciones clínicas –las adicciones, entre ellas– que plantean el problema del límite. Y llegar al límite supone, en la clínica psicoanalítica, tener que vérselas con un real o con el trauma imposible de ser procesado psíquicamente. Propone pensar como basamento de estas problemáticas la presencia de un pánico innombrable, sin palabras, desbordante o de una intensa depresión, devastadora. Ahora bien, cuando el sujeto no logra acceder al síntoma, lo que aparece es un agujero de tétrico silencio o un vacío abismal aterrador, que nos habla de la existencia de un duelo patológico que desmantela toda posibilidad de acceso a la palabra.

Para este psicoanalista argentino, la especificidad de las patologías del acto radicaría entonces en que "en ellas habría un déficit importante en la función paterna, en el significante del Nombre del Padre, de dimensión o categoría diferente a su ausencia en las psicosis" (op. cit: 12). El dolor devastador o el pánico sin palabras son respuestas a lo real –entendido como lo que escapa a las posibilidades de simbolización, de ser pensado–, por lo que el sujeto apela a la droga para maniobrar a través del acto. Es por medio de éste, y ofreciendo el cuerpo como "instrumento" o como "escenario", que el sujeto intenta no saber nada respecto de lo real, pretendiendo con ello *suprimirlo*. A eso se refiere López (2008) cuando dice que la política del adicto es la "del avestruz", por cuanto intenta desconocer el efecto traumático de lo real (tanto interno como externo) para procurarse experiencias placenteras en la artificialidad de la intoxicación.

Ante esto, ¿cuál será la dirección de la cura? Con las patologías del acto se deberá, en un primer momento, orientar el trabajo hacia la construcción de un síntoma, lo que consistiría en procurar que aquello que se repite, que vuelve siempre, igual, se desplace hacia lo simbólico. Dicho en otros términos: el trabajo sobre el síntoma consistiría en propiciar la reintroducción de lo simbólico "empujándolo" hacia el lugar que le corresponde, abriendo así la dimensión de la palabra. La construcción del síntoma consistiría en el debilitamiento, en la destitución del acto, a favor de la expre-

vía de la palabra y así producir un síntoma, es decir, algo en lo cual el sujeto se sienta concernido. De ahí que el libro de Aichhorn, además de ser un clásico del psicoanálisis aplicado en el trabajo con adolescentes, constituya una verdadera aportación para el abordaje de las problemáticas actuales, entre las que se encuentran las adicciones.

Y es que, como postula Vetere (2004), se hace necesario distinguir entre los diferentes modos de tratar con la palabra para los casos de alcoholismo y de toxicomanía en general. Están, en primer término, los abordajes que trabajan con el signo: discursos que "dicen" al sujeto alcohólico, que lo incluyen en el conjunto de los alcohólicos, sin reparar en su singularidad. En estos casos, la palabra alcohol nombra al sujeto pero no lo representa. El signo no hace sino etiquetar, rotular, otorgando un ser al cual el sujeto se aliena quedando atrapado en un "soy alcohólico", lo que constituye una "coartada tóxica" que implica un apartamiento de la confrontación con la castración del Otro. En segundo término, estaría el dispositivo psicoanalítico que trabaja con el significante y con su incidencia en lo real del goce, es decir, con la singularidad del sujeto. Este trabajo consistiría entonces en crear un espacio donde la palabra del paciente pueda desplegarse propiciando así la elaboración y la puesta en forma de una verdadera demanda.

De lo visible a lo inteligible

El carácter traumático de los estímulos obedece a un incremento imposible de tramitar o procesar; excitación avasallante que rompe la barrera antiestímulo. Para Freud, el organismo tiene como tarea principal la de protegerse contra las invasiones cuantitativas, para lo cual toma pequeñas muestras del mundo externo que le permiten averiguar la orientación y el carácter de los estímulos exteriores. La construcción de la protección antiestímulo hace posible que los estímulos del mundo exterior puedan propagarse sólo con una fracción de su intensidad. A partir de esta coraza, los estímulos pueden apartarse, reducirse y limitarse; son los órganos sensoriales quienes se encargan de tomar sólo pizquitas del mundo exterior, comparables a unas antenas que tantean el mundo externo y se retiran del él cada vez.

Los órganos de los sentidos actúan también como los "aparatos nerviosos terminales" o pantallas destinadas a diferir el estímulo exógeno de las neuronas fi, como *filtros* que mediatizan la descarga de energía pura. Se trata de un aparato sensorial que desempeña el papel de un tamiz, de modo tal que la realidad no es percibida en su estado natural, sino bajo una forma elegida. Por eso, el hombre tiene que ver con trozos entresacados de la realidad. La articulación entre la pantalla protectora y el tamiz ofrece, dice Anzieu (op. cit.), la estructura de una red de mallas que constituye una superficie de inscripción. El aparato psíquico es un aparato defensivo de estímulos, diseñado para que haya un diferimiento. Es, en ese sentido, un aparato falsificador, constructor de mentiras, cuyo funcionamiento se asimila al de un filtro solar. Como en la pintura alegórica de la caverna que traza Platón, la luz de la verdad resulta insoportable, enceguecedora, deslumbrante; de ahí que el estado de la naturaleza humana sea el de estar encadenado en un mundo de sombras y tinieblas. Le debemos, pues, a este aparato el poder transitar de lo visible a lo inteligible.

Para captar en toda su dimensión esta función del aparato, es necesario remitirnos al término de ***diferancia*** (***différance***), acuñado por Derrida (1967). La diferencia es, para el filósofo francés, el verdadero origen de la memoria y del psiquismo. Veamos por qué: en el "Proyecto" Freud da a entender que toda la originalidad de una inscripción dada, radica únicamente en la especificidad de las vías seguidas por la cantidad circulante. Es evidente que si todas las barreras-contacto psi estuvieran igualmente bien facilitadas, no resultarían los caracteres de la memoria; esto debido a que con una facilitación igual o con una misma resistencia se reduciría toda preferencia en la elección de un camino. Sólo la diferencia hace posible la predilección por una vía o, más precisamente: no habría facilitación sin diferencia. Por esa razón, señala Freud, "la memoria está constituida por los distingos dentro de las facilitaciones entre las neuronas psi", y son tales distingos los que impiden que la memoria se paralice. La huella que queda impresa en la sustancia de la memoria es única, por eso en la Carta 52 de 1896, Freud enuncia la tesis de que "la memoria no preexiste de manera simple, sino múltiple, está registrada en diversas variedades de signos", lo cual implica que las retranscripciones sean cada vez distintas. Es aquí donde, a decir de Derrida, la huella se hará grama por la renuncia de

Freud a la neurología y a las localizaciones anatómicas, viéndose de ese modo transformadas sus preocupaciones topográficas. Es justo el momento en que la escritura entrará en escena. Los términos "signo", "inscripción", "transcripción", "traducción", plasmados en esa carta, remiten directamente a algo que es del orden de la escritura.

La vida psíquica entera sería entonces la diferencia en el trabajo de las fuerzas. Estas diferencias no constituyen sino momentos de la *diferancia*, que significa "retardamiento" del dolor y de la muerte. El retardamiento es "temporalización", rodeo, dilación, demora, espaciamiento, intervalo, discontinuidad, período, espacio, hendidura, intersticio, diastema; por lo que diferencia y retardamiento no son otra cosa que la marca del lenguaje.

En el "Proyecto", Freud le asigna un lugar especial al dolor, producido por una cantidad externa que actúa directamente sobre las neuronas fi, y no a través de los aparatos nerviosos terminales. El dolor va por todos los caminos de descarga, dejando como secuela unas facilitaciones de particular amplitud. Se requiere, pues, de un mecanismo diferidor (aparato transformador de cantidades) capaz de preservar y mantener la organización psíquica. Pero las diferencias puras por excelencia serían las de las cualidades dadas por la conciencia, sensaciones que son *algo* "otro" dentro de una gran diversidad, y cuya alteridad es distinguida según nexos con el mundo exterior.

Ante la pregunta sobre cómo y dónde se generan dichas cualidades, Freud introduce en el "Proyecto" un tercer sistema de neuronas llamadas omega, cuyo comportamiento se asemeja al de los órganos de percepción. El carácter cualitativo del estímulo está determinado por una frecuencia, un *período* particular del movimiento neuronal capaz de propagarse como un verdadero proceso de inducción (de naturaleza temporal), lo que indica que no se trata de una simple transferencia o transmisión de energía de una neurona a otra. Freud atribuye a este proceso el fundamento para generar la conciencia, ni más ni menos. Los procesos cuantitativos en psi llegan a la conciencia como cualidades, lo cual quiere decir que los montos energéticos se vinculan a las sensaciones de *placer* y *displacer*. Displacer implica una elevación del nivel de cantidad o un acrecentamiento cuantitativo de presión en la neurona impasadera psi, que determina la sensación en las neuronas de percepción omega. Placer sería la sensación de descarga.

La tendencia de la vida psíquica es la de evitar el displacer. Se comprende entonces la necesidad de descargar los montos de excitación.

Freud resume de este modo el funcionamiento del aparato neuronal (constituido por fi, psi y omega): del exterior llegan las magnitudes de excitación sobre los aparatos nerviosos terminales del sistema fi; primero chocan con éstos y son rebajadas al nivel intercelular. Ese primer umbral impide que cualquier estímulo produzca un factor eficaz. Para traspasar el umbral se requiere que el estímulo posea una cantidad y además un carácter cualitativo. Dicho carácter de cualidad está constituido por un período particular del movimiento neuronal. Si bien este período no es homólogo al del estímulo, mantiene con éste cierta relación con arreglo a una fórmula reductora que se desconoce, señala Freud.

La cantidad (Q) recorre la neurona y pasa de una a otra. Este circuito de transmisión energética tiene el objetivo de liberar al sistema neuronal de la excitación que ha ingresado a través del estímulo. El principio de inercia enuncia que las neuronas procuran aliviarse de la cantidad, movimiento de descarga que constituye la función primaria de los sistemas de neuronas. Ahora bien, la descarga va hacia el lado de la motilidad y el aparato de la motilidad está adosado directamente a fi. Las cantidades así traducidas crean un efecto muy superior a ellas cuando entran en los músculos, glándulas, etcétera, o sea, ejercen ahí su acción eficiente mediante *desprendimiento*, en tanto que entre las neuronas sólo ocurre una *transferencia*. La conducción sensible fi está construida de un modo particular: se ramifica sucesivamente y muestra vías más gruesas y más delgadas, que desembocan en numerosos lugares terminales, lo cual significa que un estímulo más intenso sigue otros caminos que uno más débil.

Hoy se sabe que el sistema nervioso está formado por redes de circuitos neuronales. Sus células están diseñadas y organizadas de tal forma que pueda procesarse, transferirse o transducirse la información. Las células sensitivas transducen (convierten) la información acerca del estado físico del medio en señales eléctricas. Estas señales se convierten a su vez en trenes de impulsos de todo-nada (potenciales de acción), que se transmiten a través de los axones hacia otras células. La comunicación entre células nerviosas tiene lugar en la sinapsis. La información entrante (presináptica) es transferida al elemento siguiente del circuito (postsináptico), que puede

ser otra célula nerviosa, una célula muscular o una glandular. Esta transferencia se produce por la liberación de un neurotransmisor específico (sinapsis química) o a través de la transferencia directa de la corriente (sinapsis eléctrica).

El procesamiento de la información requiere la integración (*sumación*) de la información, tanto en el tiempo como desde diferentes canales espaciales. Las dendritas muestran un grado variable de ramificación y entre más ramificaciones poseen, mayor es el número de sinapsis que pueden establecer con los botones terminales de otras células. Cuantas más sinapsis produce una neurona, mayor es la información que puede integrar y procesar.

Los estímulos endógenos intercelulares dirigidos hacia el sistema psi se topan en su camino con resistencias que sólo son superadas cuando la cantidad crece. Es entonces a partir de cierta cantidad que pueden actuar de manera continua como un estímulo. La conducción deviene pasadera a consecuencia del acrecentamiento de cantidad, tras lo cual la resistencia se restablece en todo su alcance. A dicho proceso, Freud le asigna el nombre de *sumación*, puesto que es lo que permite que las conducciones devengan pasaderas. Es la pequeñez del estímulo singular la que permite la sumación. El hecho de que las barreras-contacto recobren su resistencia luego de ser atravesadas por la cantidad se explica, según Freud, por una propiedad general que las distingue. Es así que enuncia una segunda definición de la facilitación, en virtud de la cual ésta no consistiría en la cancelación de toda resistencia, sino en su rebaja hasta un mínimo de permanencia necesaria. Esta resistencia sería entonces una constante. En tanto la excitación discurre, la resistencia es vencida; después se restablece, pero hasta alturas distintas según la cantidad que ha pasado en cada oportunidad, de modo que la próxima vez podría pasar una magnitud menor. Se requiere, por tanto, un aumento de cantidad hasta cierto umbral para que ésta pueda pasar. Por ello, es preciso que las pequeñas magnitudes de excitación, que están por debajo de la constante, entren en efecto por sumación. En "A propósito de las críticas a la 'neurosis de angustia'" (1895), Freud señaló que el efecto del alcohol es un paradigma de la causación por sumación. Ese mismo año, en el "Proyecto", ubicó al dolor como prototipo de la fractura por sumas de excitación en el aparato psíquico.

Desde la neuroanatomía, puede definirse el potencial de acción como la suma espacial y temporal de potenciales postsinápticos excitatorios (pequeñitos). La sumación temporal tiene lugar cuando una serie de potenciales excitadores postsinápticos generados por la transmisión en la misma sinapsis se agrupan para desplazar el potencial de membrana hasta el umbral. Estos potenciales tienen que producirse rápidamente uno después del otro, ya que las fluctuaciones que producen individualmente desaparecen después de un período muy breve de tiempo. La sumación espacial aparece cuando un grupo de sinapsis diferentes localizadas en la misma neurona transmiten todas ellas, prácticamente al mismo tiempo, una señal para la producción de un potencial excitador postsináptico. Todos los potenciales pueden sumarse para desplazar el potencial de membrana hasta el umbral.

Es posible observar entonces el modo en que el sistema psi se encuentra conectado, mediante una serie de dispositivos provistos de umbrales sucesivos de desencadenamiento, con las excitaciones provenientes del interior del cuerpo: desde ahí se genera la impulsión que sustenta a toda actividad psíquica. Umbral se define, por cierto, como el estímulo mínimo necesario para producir una respuesta (un *trabajo*). Freud se percata de que así como existen neuronas motoras, tiene que haber neuronas secretoras que influyan sobre la producción de cantidades endógenas; asigna a estas neuronas el nombre de "llave".

El sujeto alucina su mundo

Ahora bien, el organismo humano es al comienzo incapaz de poner en marcha los mecanismos necesarios para la satisfacción de sus necesidades, mecanismos reunidos bajo el común denominador de la "acción específica". El cachorro humano no está equipado con los reflejos necesarios para satisfacer el hambre, y si no fuera por la intervención de un individuo experimentado que le proporcione la comida, la criatura hambrienta perecería. Cuando el individuo auxiliador ha sido capaz de advertir el estado de desvalimiento del niño llevando hasta su boca el alimento, la succión, la deglución y la digestión siguen su curso y terminan con la tensión pro-

ducida por el hambre. Sólo a partir de este *auxilio ajeno* y, en consecuencia, de la *acción específica*, es posible anular el estímulo endógeno. A dicho proceso lo designa Freud con el término de *vivencia de satisfacción*, mismo que entraña las más profundas consecuencias para el desarrollo de las funciones en el sujeto. Un componente esencial de esta vivencia es la aparición de una cierta percepción (la nutrición), cuya imagen mnémica queda, de ahí en adelante, asociada a la huella que dejó en la memoria la excitación producida por la necesidad.

Cuando el niño experimenta de nuevo la sensación de hambre evoca la primera experiencia de satisfacción; es decir, revive la escena en que el pecho de la madre le prodigó el alimento. La cuestión es que tal reviviscencia es tomada por el niño como real, lo que significa que produce el efecto de una *alucinación*. A este hecho corresponde la noción de *satisfacción alucinatoria del deseo*. Lo alucinatorio representa la característica de la vivencia de satisfacción cuando es reactivado el recuerdo (imagen mnémica) del objeto deseado. Esta alucinación participa de la lógica del *proceso primario* que procura descargar la tensión estableciendo lo que Freud llamó una "identidad de percepción". Al hablar de una identidad de percepción Freud quiso significar que psi considera la imagen mnémica idéntica a la percepción misma. Para este sistema, recordar el alimento es exactamente lo mismo que ingerirlo, eso se debe a que en un principio psi no es capaz de distinguir entre una percepción real del objeto y un recuerdo.

Es condición de los *procesos psíquicos secundarios* la valoración correcta de los signos de realidad objetiva, la cual se logra solamente con una inhibición por parte del yo; mecanismo inhibitorio consistente en impedir la alucinación. La función del yo es necesaria para discernir lo que es realidad de lo que pretende darse como realidad proveniente del interior. Y esta capacidad para distinguir percepciones (objetivas, reales) de representaciones (recuerdos) es de gran importancia práctica, pues de ello depende el vínculo con el mundo exterior. De ahí que poseer un tal signo distintivo de realidad objetiva sea de tanto valor para el sujeto, pues lo que está en juego es la psicosis.

Al circular libremente la excitación, todo el sistema se torna pasadero, a consecuencia de lo cual el circuito representacional (memoria) no se estructura y las escasas inscripciones psíquicas no pueden hacer tope a la

importantes de la memoria). En efecto, por el recurso a la droga existe una posibilidad de suspender la memoria y el tiempo. Ahora bien, ese trabajo de borradura o de disolución de las huellas mnémicas obedece a una "supresión tóxica" consumada en una dimensión alucinatoria. Si la representación es lo que hace límite a lo cuantitativo y el tóxico es lo que posibilita borrar representaciones, el proceso primario se sigue hasta la alucinación al no haber un proceso de "ligazón" que retenga la energía, impidiéndole circular en forma absolutamente libre y loca. Este fracaso de una "ligazón" estructurante implica, dirá Le Poulichet (op. cit.), una desorganización, una falta de anclaje del cuerpo en las cadenas significantes.

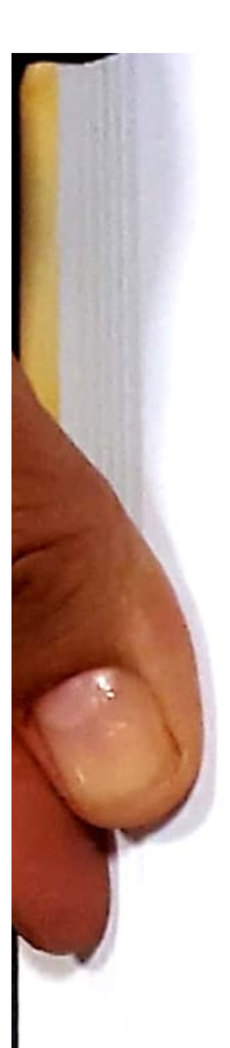
Marcas, engramas, trazos, surcos implicados en una cadena de lenguaje quedan de ese modo disipados por el paso de esa energía arrasadora. Ese "*stock* de huellas mnémicas" –como les llamará Assoun (op. cit.)– está contenido para Freud en el sistema inconsciente. Constituyen las investiduras de objeto primeras y genuinas, que reciben el nombre de "representaciones de cosa". El sistema preconciente nace una vez que esa representación-cosa es sobreinvestida por el enlace con las representaciones-palabra que le corresponden. Tales sobreinvestiduras producen una organización psíquica más elevada y hacen posible el relevo del proceso primario por el proceso secundario que rige en el preconciente. Freud introduce su par de representaciones en el ensayo sobre las afasias en 1891 –cinco años antes de aparecer por primera vez el término "metapsicología"–, y es a través de la patología afásica que encuentra la función de lenguaje y de pensamiento. El aparato psíquico surge entonces de un aparato del lenguaje (escritural). Como se ha dicho, Freud utiliza una anatomía imaginaria para construir ese aparato; geografía fantástica que no remite a coordenadas biológicas sino a una virtualidad inmaterial.

En *Suspiria de profundis* (una secuela de las *Confesiones de un inglés comedor de opio)*, Thomas De Quincey explica el sentido del término griego *palimpsesto*. Es una membrana o rollo de pergamino del que se ha borrado el manuscrito a causa de las reiteradas aplicaciones. La razón de ser de los palimpsestos fue la primitiva escasez de los materiales necesarios para la fabricación de un libro durable. Aun cuando el secreto de la imprenta –o sea el arte de multiplicar las impresiones– había sido descubierto ya desde la antigüedad, lo que obstaculizó la introducción de libros impresos fue la

falta de un material de bajo costo para recibir las impresiones. Veamos entonces: se trata de un rollo de pergamino o de vitela que recibe las inscripciones, mismas que al desvanecerse con el paso del tiempo van perdiendo su valor (en la medida en que disminuye también la carga afectiva que les es impuesta). Tiene lugar así una disociación entre el pergamino-vehículo y su carga energética: al momento de borrarse lo escrito en la membrana, ésta recobra su importancia, y, después de haber tenido un escaso valor subsidiario, la piel de vitela absorbe, al fin, todo el valor. ¿No es esta la separación entre afecto y representación de la que habla Freud al referirse al origen del síntoma histérico? Lo veremos con precisión más adelante.

Ahora bien, este rollo debe estar disponible para recibir una nueva serie de impresiones. "El suelo, limpio de lo que una vez fueron plantas de invernaderos y ahora parecían malas hierbas, quedaría listo para un nuevo y más apropiado cultivo", apunta el escritor inglés. Esto es: dejar de lado la escritura para dar paso a un nuevo manuscrito, sin por ello anular del todo las huellas del más antiguo manuscrito. En una larga serie de alternancias, las inscripciones desaparecen y aparecen, mueren y resucitan, son sepultadas y exhumadas, son borradas y sustituidas por otras. ¿En función de qué? De los intereses reinantes en cada época; de la verdad impuesta por los escribanos del poder. De esta forma, siguiendo con la metáfora agrícola, el mismo rollo habrá de servir para conservar generaciones distintas de flores y frutos, diferentes todas entre sí y particularmente adaptadas a las necesidades de los sucesivos poseedores. Así, los surcos de cada parcela, los trazos de cada escritura consecutiva, que se creían completamente perdidos, reaparecen. Las huellas se conservan para dar lugar a nuevos trazos, del mismo modo que las cenizas dan lugar al renacimiento del fabuloso Fénix.

La revelación de De Quincey es por demás inquietante: "La imagen, el memorial, el testimonio que para mí deriva del palimpsesto se refiere a un hecho esencial de nuestra condición humana. [...] ¿Qué es el cerebro humano, si no un palimpsesto natural y poderoso? Mi cerebro es un palimpsesto, tu cerebro, ¡oh lector!, es un palimpsesto. Encima de tu cerebro han ido cayendo, con la suavidad de la luz, capas de ideas, imágenes y sentimientos. Cada generación parece sepultar a las anteriores, aunque en realidad ninguna se haya extinguido". En efecto, el profundo palimpsesto memorial del cerebro del que habla el autor de las *Confesiones* no es



otra cosa que la "pizarra mágica" de ese aparato mnémico que es nuestro psiquismo.

Para esclarecer el funcionamiento de los sistemas "conciencia", "preconciente" y "percepción-conciencia", Freud recurre a un curioso artificio llamado "pizarra mágica", que corresponde a la serie de dispositivos inventados por el hombre para mejorar o reforzar las funciones sensoriales (sustitutos de la memoria; materializaciones de la facultad de recordar, tales como la cámara fotográfica o el disco del gramófono). Freud halló una notable semejanza entre la construcción de la "pizarra mágica" y la estructura de nuestro aparato perceptivo: tanto uno como otro son capaces de ofrecer una superficie perceptiva siempre dispuesta, y huellas duraderas –aunque no inalterables– de los caracteres recibidos.

Como el palimpsesto de los antiguos, la pizarra mágica es susceptible de quedar libre de toda escritura y preparada para recibir nuevos registros. Al igual que De Quincey, Freud se percata de que en nuestro propio palimpsesto (o aparato de percepción) operan dos estratos o capas: una protección antiestímulo externa, destinada a rebajar la magnitud de las excitaciones, y, bajo ella, la superficie receptora de estímulos, el sistema percepción-conciencia. Se trata, pues, de dos componentes –sistemas– separados pero vinculados entre sí. Como es fácil advertir, el estrato receptor de estímulos –el sistema percepción-conciencia– no conserva huellas duraderas; las bases del recuerdo tendrían cabida en "sistemas mnémicos", contiguos.

No es casual que un opiófago como Thomas de Quincey se ocupe del dolor y del olvido. Para dar cuenta de la relación entre el dolor, la memoria, el olvido, la escritura y el síntoma podemos recurrir a un ejemplo cinematográfico. Se trata del filme *Opio, diario de una mujer poseída* (*Ópium: egy elmebeteg nö naplója*, Hungría-Alemania-Estados Unidos, 2007) de János Szász, situado en 1913, en el que coinciden en un hospital psiquiátrico húngaro, una paciente obsesionada por la escritura y un neurólogo (el doctor Joszef Brenner –seudónimo del psiquiatra, musicólogo, intérprete de piano y de violín, a la vez que escritor, Gézsa Csath–), adicto a la morfina, quien intenta sustituir con las novedosas técnicas del psicoanálisis freudiano los salvajes métodos de la época para tratar los trastornos de mujeres histéricas. Incapaz de escribir una sola línea original, el doctor Brenner se ve

bando la jeringuilla, que se obstruía por la sangre coagulada" (Burroughs, 1953: 77).

Stekel habla también de aquellos que buscan el olvido en el alcohol u otros narcóticos. Menciona, además del citado De Quincey, los nombres de personajes conocidos como Baudelaire, Verlaine, Grabbe, Leuthold, Edgar Allan Poe y Fritz Reuter. *La búsqueda del olvido* es precisamente el título que Davenport-Hines otorga al libro en el que historiza cinco siglos de consumo de drogas; se trata de una documentada e interesante narración que abarca quinientos años (de 1500 a 2000) de adictos y consumidores.

El yo, se dijo, es una parte de psi y, dado que psi está constituido por sistemas de memoria o de recuerdos (neuronas retenedoras de cantidad), puede deducirse que está fundado en procesos relacionados con la memoria: el yo tiene, en consecuencia, un origen histórico y temporal. Por eso, vaciar las neuronas o borrar las representaciones implica no sólo aniquilar los recuerdos sino atentar contra toda posibilidad de escribir la propia historia. Si la memoria está hecha de recuerdos y éstos se registran, se graban, se imprimen, se inscriben; luego entonces, la memoria puede ser pensada en relación con la escritura. La huella mnémica no es más que eso: un cuadro mental o representación del objeto, percibido a través de los sentidos, que se conserva en el sistema de la memoria. La reactivación de tales huellas constituye una imagen mnémica del objeto percibido originariamente. Las huellas son entonces un efecto de restos de vivencias que, una vez inscritas, pueden ser recargadas. Olvidar significa no poder acceder a esos recuerdos. Ahora bien, eso olvidado no ha dejado necesariamente de existir o, mejor dicho, lo está sólo para la conciencia. Más que olvidado, habría que decir entonces que está reprimido en el inconsciente, desde donde genera sus efectos. Lo dicho hasta aquí es indicio de que la escritura como huella surge antes que la escritura como palabra, pero eso no implica que la representación-cosa tenga un estatuto escritural menor al de la representación-palabra. Es sólo que la representación-cosa remite a una dimensión específica del lenguaje: la de la escritura.

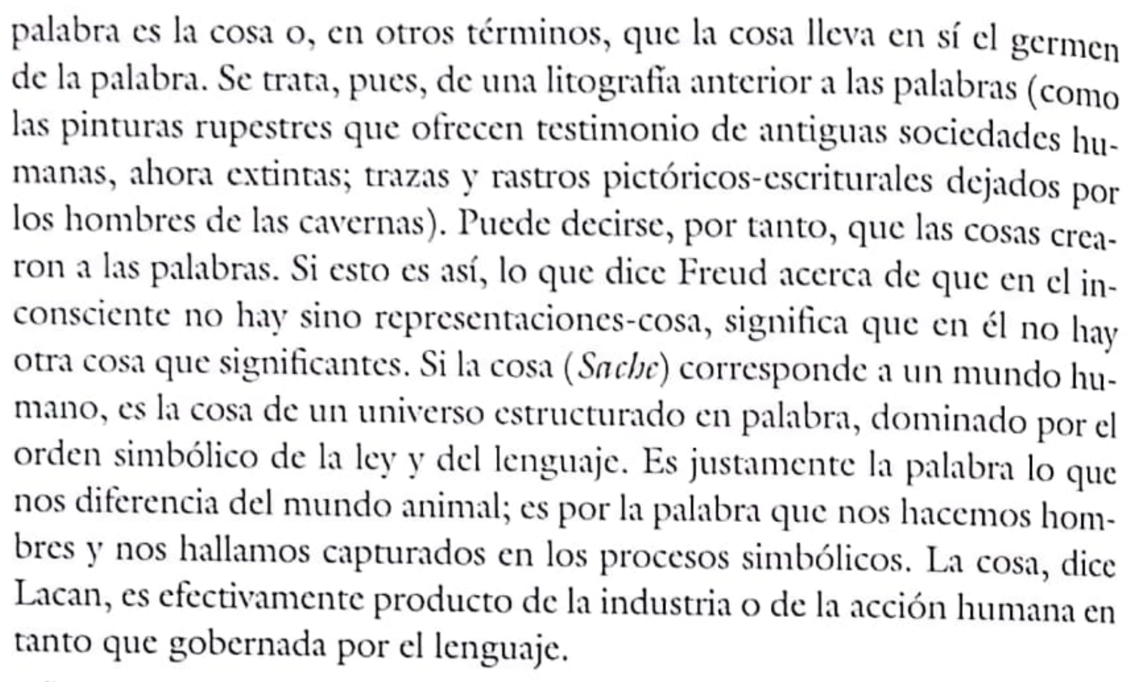
La oposición terminológica entre las "representaciones de cosa" y las "representaciones de palabra" se fundamenta en la afirmación freudiana de que la representación conciente abarca la representación-cosa junto con la correspondiente representación-palabra, en cambio la inconsciente

es la representación-cosa sola. Pero la definición más precisa de la representación-cosa es la que da Freud en la sección VII del artículo "Lo inconsciente": "consiste en la investidura, si no de la imagen mnémica directa de la cosa, al menos de huellas mnémicas más distanciadas, derivadas de ella". El enlace con representaciones-palabra constituye la condición de posibilidad para el proceso psicológico de devenir-conciente, aunque no lo garantiza, razón por la cual sólo puede caracterizar al sistema preconciente. La representación-cosa no traducida, no aprehendida en palabras, queda reprimida en el interior del inconsciente. La represión (*Verdrängung*) es un proceso que se cumple sobre representaciones entre el sistema inconsciente y el preconciente. Se trata, pues, de una *sustracción* de investidura. En el "Proyecto", Freud dice que la represión se refiere al hecho de que una imagen-recuerdo hostil sea siempre abandonada por la investidura lo más pronto posible. Cuando sobreviene una vivencia dolorosa la tendencia será la de desinvestir la imagen mnémica.

Hablando en términos mecánicos, puede establecerse entonces que el desagüe de los recuerdos se da a raíz de la descarga generada por un acrecentamiento de cantidad.

Lacan (1959) indica que existe una ambigüedad lingüística en los términos empleados por Freud para designar la representación-cosa (*Sachvorstellung*) y la representación-palabra (*Wortvorstellung*). Para aclararla, recurre a los dos términos utilizados en alemán para decir *la cosa*, a saber: *das Ding* y *die Sache*. La diferencia entre ambos radica en que el primero, *Ding*, se utiliza para referirse a la cosa material; en tanto que el segundo, *Sache*, remite a una cosa vinculada con lo humano, específicamente, al campo del lenguaje; es la cosa del pensar. *Sache* se usa, por ejemplo, para aludir a una operación jurídica, un conflicto entre los hombres. Dicho esclarecimiento le permite, además, reafirmar su concepción de que el inconsciente está estructurado como un lenguaje. Lacan observa que para hacer referencia a la representación-cosa, Freud habla de *Sachvorstellung* y no de *Dingvorstellung*, lo cual indica que hay una relación entre cosa y palabra. *Sache* y *Wort* forman una pareja íntimamente unida.

"La paja de la palabra sólo aparece en la medida en que hemos separado de ella el grano de las cosas y es primero esta paja la que llevó ese grano" (Lacan, op. cit: 59). Esto equivale a decir que el estado primigenio de la



palabra es la cosa o, en otros términos, que la cosa lleva en sí el germen de la palabra. Se trata, pues, de una litografía anterior a las palabras (como las pinturas rupestres que ofrecen testimonio de antiguas sociedades humanas, ahora extintas; trazas y rastros pictóricos-escriturales dejados por los hombres de las cavernas). Puede decirse, por tanto, que las cosas crearon a las palabras. Si esto es así, lo que dice Freud acerca de que en el inconsciente no hay sino representaciones-cosa, significa que en él no hay otra cosa que significantes. Si la cosa (*Sache*) corresponde a un mundo humano, es la cosa de un universo estructurado en palabra, dominado por el orden simbólico de la ley y del lenguaje. Es justamente la palabra lo que nos diferencia del mundo animal; es por la palabra que nos hacemos hombres y nos hallamos capturados en los procesos simbólicos. La cosa, dice Lacan, es efectivamente producto de la industria o de la acción humana en tanto que gobernada por el lenguaje.

Lo que constituye al inconsciente son entonces escrituras o inscripciones de pérdidas; lo que en él existe son marcas vaciadas de todo contenido, son puras huellas. Lo que habita en lo psíquico es un texto esencialmente gráfico (tipos, rótulos, gramas, jeroglíficos, huellas escritas). Por eso, para Derrida (op. cit.), es posible representar la estructura de este aparato como una máquina de escribir. Si como dice Freud, en la represión se produce un divorcio entre el afecto y su representación, lo que queda de eso es una representación desprovista de afecto, o sea, una neurona sin cantidad. En suma, podría decirse que la representación-cosa es una huella de ausencia, la marca de un objeto perdido, la "pizarra mágica" del tiempo (Morales, 1999). Muda en sí misma, la representación-cosa tiene forma de memoria. Esas "huellas" o "imágenes mnémicas" se expresan por los signos que dejan. Huellas-recuerdos que son, literalmente, "imágenes de recuerdos de cosas" más o menos distantes de la cosa, especie de *stock* de representaciones. (Assoun, op. cit.). *Stock*, sistema o configuración de huellas que sólo puede representarse por la estructura y el funcionamiento de una escritura; no por nada Lacan atenderá con la noción de significante a esta traza, a esta huella. Se trata de la letra en su máxima materialidad: marca vaciada de todo significado. De ahí se desprende entonces que, al disiparse del todo estos "iconos", al quedar disueltas tales representaciones, al no quedar vestigios en la memoria, las adicciones sean, primordial-



Mijolla (1996) abunda en esta idea cuando examina los grandes modelos freudianos que sirven para comprender el origen de las adicciones. Este psicoanalista, miembro titular de la Sociedad Psicoanalítica de París, dice que en la adicción el trabajo de pensamiento y de representación necesario para aceptar la ausencia del objeto, vivenciado como objeto perdido, como objeto de la falta, desempeña mal su papel. Escuchémoslo: "Cuando esta actividad psíquica resulta perturbada, podría reaparecer ulteriormente. En el adicto habría como una tentativa de retomar ese corto y regresivo trayecto, pero con una *vuelta del objeto de deseo hacia el objeto de la necesidad y confusión de la demanda.* [...] El objeto de adicción, sustituto del objeto de la necesidad, no va a permitir nunca reencontrar al real, el objeto sexual primario, el objeto de deseo que no ha podido constituirse en objeto perdido, y por lo tanto no puede ser representado ni reencontrado. El objeto de adicción, verdadero *Pharmacon*, enganche apremiante en el marco de lo 'vital', distorsiona el apuntalamiento y no puede ser comprendido como el deslizamiento del objeto de la necesidad hacia el objeto de deseo; la tentativa de confundir ambos significaría el estado psicopatológico. A falta de internalización, el objeto primario, y más tarde sus sustitutos, son así buscados siempre en el exterior. Según este esclarecimiento teórico, *el fenómeno adictivo, como realización de la potencialidad adictiva y psicopatológica actual, puede ser encarado en sus relaciones con la depresión, la pérdida y la falta.* [...] La problemática que vincula esta psicopatología con una actualidad económica repetitiva subraya su *aspecto compulsivo*" (Mijolla, 1996: 571 y 572).

Siguiendo a Le Poulichet, es preciso articular con todo esto las dos dimensiones esenciales de la *operación del pharmakon*, a saber: lo alucinatorio y el dolor. Y es que las adicciones generan las condiciones de una percepción y de una satisfacción alucinatorias. En otras palabras, engendran una *satisfacción alucinatoria del deseo.* Lo que en la adicción se alucina es un cuerpo; es decir, se produce un exceso de cuerpo. Lo alucinatorio como modo de satisfacción primaria del deseo se opone al régimen secundario de administración de la energía, que exige la postergación, la mediatez y la espera.

Para abordar el problema de la alucinación, Freud (1917) se vio llevado a estudiar ciertos estados y fenómenos concebidos como los "modelos

debe ser desmentida (*Verleugnung*) por el yo como algo intolerable. Ante esto el yo rompe su vínculo con la realidad, perdiendo todo interés y respeto por ella, optando por la fantasía. El ejemplo que ilustraría esta situación es el del delirio alcohólico, en el que ante la pérdida insoportable infligida por la realidad (en este caso, la del alcohol), sobrevienen las alucinaciones. Una vez que la sustancia se suministra, éstas cesan.

Esta concepción de la alucinación como regresión tópica es notoria también en Rado, quien sugiere que en la adicción el yo queda totalmente sojuzgado y devastado por la libido del ello, es decir, convertido nuevamente en ello. Al ignorarse el mundo exterior y al desintegrarse la conciencia "se producen sueños diurnos y fantasías, muy comparables a las fantasías masturbatorias, cuya excitación se descarga en el orgasmo farmacotóxico". Y prosigue: "En las extáticas imágenes de la fantasía de la intoxicación con opio, tales como las han descrito ciertos escritores, es evidente que el sujeto tiene realmente alucinaciones que satisfacen sus deseos" (Rado, op. cit: 39). Está claro que, para este autor, el placer farmacogénico instiga una rica vida de la fantasía; pero hay algo más: el hecho de obtener una tremenda satisfacción *real* con meramente desearla, hace creer al yo que en la exaltación farmacogénica recupera su estatura narcisista original, desapareciendo así la sensación de miseria y pequeñez. Luego de la exaltación, en la que el yo se agiganta milagrosamente, dejando de lado la realidad, el primero se contrae y la segunda aparece exagerada en sus dimensiones.

Resumiendo: los sueños le permiten a Freud averiguar las condiciones para que sobrevenga una alucinación (como puede ser el caso de las alucinosis tóxicas), obteniendo como primera respuesta la regresión: mudanza de representaciones (pensamientos) en imágenes sensoriales. El mecanismo de la regresión consiste entonces en que la excitación toma un camino *de reflujo* propagándose hacia el extremo sensorial del aparato, en lugar de hacerlo hacia el extremo motor, hasta alcanzar el sistema de las percepciones. Por eso –señala Freud en el capítulo VII de *La interpretación de los sueños*– estamos autorizados a decir que el sueño tiene carácter *regrediente*. De este modo se designa "regresión" al hecho de que la representación vuelva a mudarse en la imagen sensorial de la que alguna vez partió. Lo alucinatorio como una de las dimensiones esenciales de la *operación del*

pharmakon puede quedar explicado de igual forma: marcha regresiva hasta el material en bruto de las huellas mnémicas, regresión de representaciones-palabra a representaciones-cosa (escorzo de cosa concreta).

Ante la evanescencia de las representaciones, algunos "psiconautas" han recurrido a la escritura como un intento desesperado por apresar y retener las huellas de la memoria. Así, por ejemplo, el poeta francés Jean Cocteau dio forma al *Diario de una desintoxicación*, luego de haberse sometido por segunda vez a este proceso a causa de su adicción al opio. La palabra escrita permite en este caso detener el flujo alucinatorio y dar materialidad a lo que de otro modo se hubiera esfumado. Solidificar, fosilizar, fijar las representaciones para evitar que se erosionen, se desvanezcan, se disuelvan. Así lo hizo también Burroughs (quien, es preciso decirlo, se sometió a psicoanálisis durante tres años): al advertir que la mayoría de quienes sobreviven a la *Enfermedad* de la adicción no recuerdan con detalle su delirio, se dio a la tarea de tomar minuciosas notas sobre la *Enfermedad* y el delirio. *Días sin huella* –película de Billy Wilder escrita con Charles Brackett a partir de la novela de Charles R. Jackson– da cuenta desde su evocador título en castellano de este mismo fenómeno.

Memoria y olvido van juntos. No se puede dejar de olvidar como tampoco es posible dejar de recordar. Sin embargo, cuando se tienen alteradas las condiciones del olvido y de la memoria, no siempre se olvida ni siempre se recuerda. Tal es el caso de "Funes el memorioso", el personaje ideado por Borges que es víctima de su propia memoria. Ireneo Funes "es el paradigma patético del sujeto impedido de vivir por el recordar incesante" (Gerber, 1996: 98). Pero ¿a qué se debe su horrorosa condición? A que no hay nada de placentero en el hecho de poder recordarlo todo. Su capacidad de percepción total, sin selección, lo convierte en "el solitario y lúcido espectador de un mundo multiforme, instantáneo y casi intolerablemente preciso". Funes parece carecer por completo de barreras antiestímulos, membranas protectoras, aparatos nerviosos terminales, por lo que es incapaz de seleccionar, clasificar o tamizar aquello que realmente quiere incorporar. De ahí que su memoria sea como "vaciadero de basuras". Paralizado en medio de una sobrecarga sensorial, Funes es un personaje poseído por una memoria infinita. Nada se le escapa; "el presente era casi intolerable de tan rico y tan nítido, y también las memorias más antiguas y más trivia-

les"; "su percepción y su memoria eran infalibles"; sus recuerdos no eran simples, más recuerdos tenía el solo "que los que los que habrán tenido todos los hombres desde que el mundo es mundo"; "lo pensado una sola vez ya no podía borrársele". En su condición de eterno prisionero, el insomne Funes "era casi incapaz de ideas generales" y, por tanto… "no era muy capaz de pensar", pues "pensar es olvidar diferencias, es generalizar, abstraer". Su mundo era, por tanto, vertiginoso y abarrotado, donde "no había sino detalles, casi inmediatos". No conocía la magia del sueño, el insomnio era su condena. En lo que sigue veremos cómo la función de la escritura puede no sólo ocupar un lugar preponderante en el camino hacia la desintoxicación sino también abdicar en favor del trauma.

Ruptura violenta

El dolor adquiere otro estatuto a partir del "Proyecto", donde se le presenta como totalmente distinto del displacer. Se caracteriza ante todo por un fenómeno de ruptura de las barreras, no tanto ya por un simple "aumento de tensión". De este modo, la experiencia del dolor tiene que ver con la irrupción, la *efracción*, el desborde, el quebrantamiento del límite y la afluencia de energía "no ligada" hacia las neuronas impasasaderas-psi. Implica, por tanto, un fracaso del dispositivo que se encarga de apartar las grandes cantidades de excitación. Porque el dolor quiere sobrepasarse, no hay para él ningún impedimento de conducción, pues es el más imperioso de todos los procesos. A su paso, las neuronas impasaderas se tornan pasaderas. Su proceder es ir recorriendo todos los caminos de descarga, dejando como secuela las vías facilitadas (cual si fueran traspasadas por un rayo o cruzadas por relámpagos); cancelando con ello las resistencias de las barreras-contacto, es decir, dejando abiertos los canales. Lo importante es salir, abrirse paso. El abrirse-paso, la penetración del camino, la facilitación que despeja las vías de conducción supone, dice Derrida (op. cit.), una cierta violencia y una cierta resistencia ante la fractura (efracción). Por su parte, Lacan (op. cit.) piensa que la facilitación puede ser comparada con la cadena significante, en la medida en que evoca la constitución de una vía de continuidad, una cadena articulada. Con esto queda probado una vez más

práctica clínica, este autor constata que los pacientes adictos desarrollan una enorme tolerancia al dolor, del cual son capaces de soportar dosis cada vez mayores. El modo de percepción de estos pacientes, lo induce a considerar que se trata de un efecto de proyección de la espacialidad anímica. Esto le permite, a su vez, distinguir diversas modalidades: una de las cuales podría caracterizarse por una desconexión o un desacoplamiento de la conciencia respecto de la sensorialidad. Se trata de un tipo de percepción hipnótica que constituye un estilo particular de captación del mundo, mediada por el estado de terror. Modalidad de la percepción que también puede ser caracterizada como hipnosis por terror, que alude al carácter no cualitativo de lo que se percibe. Forma de percepción sin conciencia que deja a la sensorialidad despojada de su criba, de su coraza protectora: como los ojos sin párpados. Aquí las protecciones antiestímulos han dejado por completo de operar y al no haber un "filtro" que mediatice la descarga directa de energía, ésta se presenta en su modo más puro. Los dispositivos para mudar la cantidad externa en cualidad, habrían fracasado entonces. Al no contar con un dispositivo capaz de detectar o amortiguar los estímulos, el aparato no puede realizar una distribución económica de las cargas energéticas. Del mismo modo que un cable sin protección aislante transmite corriente de alto voltaje, el aparato psíquico es golpeado por los potenciales energéticos que llegan a él sin posibilidad de ser diferidos o regulados. En esta percepción en estado de terror no hay conciencia, sólo sensación; no hay cualidad, sólo cantidad.

Esta estimulación masiva genera un estado económico de aturdimiento. Agobio por un dolor sin cualificación, sin conciencia. La inermidad y el desvalimiento se vuelven traumáticos, y el yo queda anegado por estímulos imposibles de procesar. "En un principio [el dolor] va acompañado de conciencia, recibe una cualificación, pero al mismo tiempo promueve un drenaje de la energía, que empobrece a los restantes procesos vitales, somáticos y psíquicos. Se llega finalmente a un punto en que el dolor resulta insentible, pero no porque haya disminuido, sino porque se carece de la energía disponible para el desarrollo de la conciencia, siguiendo esa línea argumentativa que reza: cuanto mayor tensión, mayor esfuerzo por aumentarla. Claro está, en las adicciones, tal tensión que se pretende promover como un infinito incremento es exógena, y oculta y potencia la

falta de energía pulsional" (Maldavsky, op. cit: 78 y 79). En suma, el dolor orgánico que en un principio puede despertar conciencia y resultar transitoriamente un motor para lo anímico, se trasmuda luego, al invertirse su significatividad, en factor crucial del drenaje energético vital.

Otra modalidad perceptiva planteada por Maldavsky se refiere a la de aquellos que se introducen en los cuerpos ajenos, como si su mirada fuera radiológica y su escucha estetoscópica. Esta modalidad de la percepción parece hallarse en la línea de lo no captable mediante la sensorialidad convencional, por lo que adquiere el valor de la percepción de los espíritus y de las sombras en el mito de la caverna, de Platón. Maldavsky dirige también su atención a la alucinación que es, a su modo de ver, un sustituto de la percepción rechazada. Sostiene que una convicción alucinatoria sólo puede ser sofocada y recusada por el pensar numérico. Tal trasmudación del aturdimiento en número implica una caída (desinvestidura) de la alucinación y su reemplazo por un criterio ordenador de la percepción, sobre la base de los períodos y de las frecuencias. Una convicción alucinatoria queda de ese modo sofocada y sustituida por el pensar numérico. El número contable corresponde así a un ordenamiento de los estímulos en tanto rítmicos. Lo que arruina a la alucinación es entonces la eficacia de la percepción de una realidad en términos numéricos; en tanto el número conserve su eficacia, la catástrofe puede seguir siendo conjurada. Lo rítmico se refiere a la regulación requerida para frenar el vaciamiento energético del aparato, manifestada a través de un proceso de neutralización permanente del principio de inercia. La transformación de la cantidad en cualidad se constituye así en un esfuerzo de trabajo continuo para el aparato psíquico.

La célula que explota

Del mismo modo en que el alma se encierra en el agujero estrecho del molar cuando la muela duele, en las adicciones el mundo entero se estrecha en torno a esta hemorragia. El cuerpo doliente se coagula en un imperativo de tratamiento del dolor que corresponde a una forma de "repliegue narcisista" de la libido y a un retiro de los intereses del mundo exterior. Como si se tratara de un dolor de muelas generalizado, un dolor corporal que

provoca y anestesia a la vez su propio dolor con el tóxico (Le Poulichet, 1993). Esto último concuerda con lo dicho por Freud en *El malestar en la cultura* (1930), al referirse a la utilización de los "quitapenas":

> No sólo se les debe la ganancia inmediata de placer, sino una cuota de independencia, ardientemente anhelada, respecto del mundo exterior. Bien se sabe que con ayuda de los "quitapenas" es posible sustraerse en cualquier momento de la presión de la realidad y refugiarse en un mundo propio, que ofrece mejores condiciones de sensación. Es notorio que esa propiedad de los medios embriagadores determina justamente su carácter peligroso y dañino. En ciertas circunstancias, son culpables de la inútil dilapidación de grandes montos de energía que podrían haberse aplicado a mejorar la suerte de los seres humanos.

Como puede apreciarse, Freud adjudica a estas sustancias la propiedad de precipitar el flujo, el derroche, el desperdicio de grandes sumas de energía. Fluido en movimiento que corre hacia abajo; exceso en el gasto, derramamiento económico incontenible. El líquido se escapa, se escurre, desaparece. La cáscara se perfora, la corteza es traspasada, la membrana queda abierta, la vesícula se revienta, la célula explota, la piel se desgarra, el yo se vacía… En el mismo texto de 1930, Freud observa lo siguiente a propósito del mecanismo de acción de las drogas (anticipándose a los descubrimientos de la neuroquímica cerebral):

> Las sustancias embriagadoras influyen sobre nuestro cuerpo, alteran su quimismo. […] No creo que nadie haya penetrado su mecanismo, pero el hecho es que existen sustancias extrañas al cuerpo cuya presencia en la sangre y los tejidos nos procura sensaciones directamente placenteras, pero a la vez alteran de tal modo las condiciones de nuestra vida sensitiva que nos vuelven incapaces de recibir mociones de displacer. […] Pero también dentro de nuestro quimismo propio deben de existir sustancias que provoquen parecidos efectos, pues conocemos al menos un estado patológico, el de la manía, en que se produce esa conducta como de alguien embriagado sin que se haya introducido el tóxico embriagador. […] Es muy de lamentar que este aspecto tóxico de los procesos anímicos haya escapado hasta ahora a la investigación científica. Lo que se consigue mediante las sustancias embriagadoras en la lucha por la felicidad y por el alejamiento de la miseria es apreciado como un bien tan grande que individuos y aun pueblos enteros les han asignado una posición fija en su economía libidinal.

En "Duelo y melancolía" (1917), Freud había establecido ya la comparación entre la intoxicación alcohólica y la manía, refiriéndose a la probabilidad de que en ella sean cancelados, por vía tóxica, unos gastos de represión.

Al igual que Le Poulichet, Maldavsky hace referencia a la retracción narcisista del adicto, en que el yo se mantiene con obstinación promoviendo una ilusión de omnipotencia. Tal retracción narcisista constituye, para este psicoanalista, un modo de intentar reconstruir un equilibrio, correlativo de una creciente y fatal indiferencia respecto del mundo exterior. En ese lugar exterior, respecto del cual ocurre el distanciamiento, sobreviene un supuesto dolor, que es la contrapartida de un goce anónimo desarrollado en el yo que va quedando abolido y reducido a un estado de sopor indescriptible. Es debido al carácter automático de este retraimiento narcisista que termina por configurarse un refugio autoerótico centrado en un núcleo vacío e inerte. Mantenerse en la retracción narcisista implica una modalidad particular de despliegue de las fantasías primordiales, mismo que, en los pacientes adictos, se da predominantemente en su versión oral primaria, aunque también entran en juego fantasías primordiales masoquistas.

En un trabajo posterior, Maldavsky (1994) incluye a las adicciones dentro de un grupo mucho más amplio de organizaciones clínicas, entre las cuales figuran el autismo, las traumatofilias, la criminalidad, la promiscuidad, las prácticas incestuosas, las afecciones psicosomáticas, las neurosis traumáticas, las epilepsias y las infecciones grupales, como el sida. Encuentra que el problema global de tales patologías se relaciona con una perturbación de la conciencia primordial, con lo que se pierde la cualificación, esto es, el registro de los afectos y de los matices sensoriales diferenciales, además de que en todos estos cuadros clínicos el paciente se encuentra inmerso en el mundo de un déspota psicótico, del cual depende absolutamente; de modo tal que sus procesos anímicos están estrechamente relacionados con los que le atribuye a ese loco dominante.

La ecuación celular de la droga

Lo que Sissa denomina indistintamente la "lógica de la droga", el "álgebra de la droga" o la "ecuación de la droga" –es decir: que el placer no será en adelante más que atenuación del dolor, conservación de un mínimo existencial, un alivio ínfimo, un medio de supervivencia, miserable milagro, frágil defensa contra la nada–, se ilustra a través de relatos autobiográficos de los aficionados a las drogas. Tal es el caso, por ejemplo, de Burroughs, quien en *Yonqui* –su primera novela originalmente expurgada y que tuvo que ser publicada bajo el seudónimo de William Lee– comenta: "la droga llena un vacío". A lo que habría que añadir: "con otro vacío". Y efectivamente, el vacío del adicto se ahonda a medida que se le trata de llenar. El adicto se "agujerea", se produce una abertura en la piel por la que se derrama, se precipita un efluvio abismal. Estrategia defensiva, último recurso del adicto para conservar su yo: más vale herir la carne orgánica que socavar el tegumento yoico. Figura que no deja de encarnar un enigma: una lesión de los órganos que protege al yo. El dolor físico parece cumplir, en este caso, una función de reequilibramiento en la economía psíquica y, en última instancia, de reestructuración del aparato psíquico; el sufrimiento del cuerpo es quizá un medio de satisfacer la pulsión de muerte, de modo que algo del orden de la pulsión de vida pueda reinstalarse. Por su parte, el dolor psíquico sólo puede ser subjetivado a través del sufrimiento y del dolor físico, y es precisamente este desplazamiento del dolor psíquico al terreno del dolor físico lo que permite al adicto instaurar cierto control: antinomia esencial de la *operación del pharmakon*, diría Le Poulichet. Contra el vacío y la nada existencial, el adicto se genera un nuevo agujero; se mantiene torpemente a medio camino entre el abismo de la falta y las cumbres inalcanzables del paraíso perdido.

Si se define el placer negativamente como el alivio de una tensión, la droga alivia de todo aquello que constituye el proceso vital, poniendo fuera de circulación el centro motor de la libido y de la energía psíquica, es decir, el aparato psíquico. Es por eso que, para Le Poulichet, la adicción constituye una tentativa de engendrar un ficticio "aparato psíquico" autónomo en que la falta no tenga lugar, un intento irrisorio pero real, de producir un nuevo cuerpo. Lo que, de algún modo, el adicto pretende

con la droga es reparar esa fisura, obturar ese boquete, darle consistencia a un cuerpo que no alcanzó a organizarse como tal. Lo que el adicto hace es tratar de llenar un recipiente permeable con materias que carecen de sustancia, pone inconsistencia dentro de la inconsistencia. Y a ese llenar sin cesar un "hoyo negro" que absorbe con la misma velocidad con que se le trata de colmar se debe, precisamente, el carácter repetitivo (compulsivo) del acto adictivo; de ahí que la adicción pueda conceptualizarse como "patología del actuar por excelencia". Escuchemos al gran maestro de la generación beat: "La droga es una ecuación celular que enseña a quien la usa hechos de validez general. Yo he aprendido muchísimo gracias a su uso: he visto medir la vida por las gotas de solución de morfina que hay en un cuentagotas. He experimentado la angustiosa privación que provoca el síndrome de abstinencia, y el placer del alivio cuando las células sedientas de droga beben de la aguja. Quizá todo placer sea alivio. He aprendido el estoicismo celular que la droga enseña al que la usa. […] He aprendido la ecuación de la droga. La droga no es […] un medio para incrementar el disfrute de la vida. La droga no proporciona alegría ni bienestar. Es una manera de vivir" (Burroughs, op. cit: 22). Como veíamos, esa célula sedienta, ávida de droga, es el yo del adicto que se vacía a medida que se le abreva.

Resulta sorprendente darnos cuenta del modo en que las palabras del poeta resuenan en las del psiquiatra: "[La carencia] traza el ritmo de la vida temporal, la vida celular de los individuos. Representa una abertura y un dolor. Significa también el fin del placer y, como tal, el regreso a la existencia tal cual uno la vive, es decir, insoportable" (Olievenstein, op. cit: 22). El lazo fundamental de una toxicomanía es, desde este enfoque, la ausencia de placer. Puede afirmarse entonces que, más que disfrute, el consumo compulsivo conlleva sufrimiento. Y cómo ser de otro modo si la droga hace de aguijón que trastoca sin cesar las vías de la percepción, de la sensación y de la memoria.

La droga cumpliría así una función anestésica, porque libera del malestar en sí mismo y crea una "supresión tóxica" del dolor. "Cancelación tóxica" concebida como una "sustracción" a la percepción y al dolor por el recurso a una formación alucinatoria. Como se recordará, fue Rado el primer psicoanalista en señalar que las drogas constituyen un modo de alivio y pre-

vención del dolor, hallazgo que Freud tampoco dejó de constatar. Muy acertadamente, López (op. cit: 47) se refiere a dicho descubrimiento como a "una *impronta* que marcará la dirección del pensamiento de Freud sobre la función de las sustancias tóxicas: evitar el dolor. El sintagma 'cancelación tóxica' parece indicar que no se trata de una solución con respecto a lo que causa el dolor, sino de una acción sobre el dolor como síntoma, 'cancelándolo', es decir: reprimiéndolo, o, *in extremis*, forcluyéndolo". Y es que la *operación del pharmakon* representa no sólo una "cancelación tóxica" del dolor, sino también una restauración de un objeto alucinatorio que, como se anticipaba, no es otro que el cuerpo. Repitámoslo: en la adicción, el sujeto alucina su cuerpo; creación alucinatoria que le permite hacer surgir un cuerpo revitalizado que, a la manera de una "prótesis", impide el desmoronamiento yoico. Por paradójico que pueda parecer, ese despliegue de cuerpo en lo alucinatorio sostiene una homeostasis económica capaz de resguardar al aparato psíquico de cualquier *efracción*. En este orden de exceso energético, la adicción constituye el afán desesperado del sujeto por incluir un orden cualificatorio. Confirmando las ideas delineadas hasta aquí, Karothy (2002) señala que el dolor es la otra cara o el negativo de la droga, distinguiendo tres momentos lógicos en su modo de presentarse: una efracción o irrupción en el sistema de representaciones, una organización defensiva de origen yoico que "liga" las excitaciones y una retracción narcisista que separa el anclaje del sujeto en el Otro.

Ante la pregunta: ¿estamos hechos para todo el goce de que somos capaces?, Sissa responde que no. La eficacia de las drogas se debe a que producen efectos placenteros inmediatos, sin dilación y sin intermediarios. Al acceder directamente al placer, el adicto se ahorra el paciente y penoso rodeo por la realidad. Cuando Freud se refiere a las drogas como el modo más eficaz para influir sobre el propio organismo lo hace en los términos de algo expedito, directo y que alude a coordenadas físicas de descarga; con total independencia respecto del aparato psíquico, cuyo papel de mediador o regulador queda abolido. Esta inmediatez se opone a la dinámica de los procesos psíquicos que implican tramitación, es decir, la posibilidad de ligaduras a través de representaciones y, por lo tanto, una referencia al orden simbólico (De Casas y Antonietti, 2002). De ahí que, para Le Poulichet, la *operación del pharmakon* se realice al margen de la dimensión del

lenguaje. Esta operación no está dispuesta a hacer concesiones a la realidad; es decir, no se resigna a dar rodeos incómodos para lograr los fines que persigue. Al no recurrir a este rodeo, prescinde del Otro. Se trata de un dispositivo que no está en condiciones de pagar el precio fijado por la satisfacción real del deseo –no alucinatoria–, que implica poder tolerar un mínimo de frustración y de displacer. No es capaz, por tanto, de negociar una dialéctica del mal menor (tolerando una dosis de tensión) para asegurar la consecución del placer. Esta fractura en la relación con la realidad impide una actividad simbólica capaz de separar al sujeto de las satisfacciones directas. De ahí que la adicción aparezca como respuesta ante la imposibilidad de recorrer los senderos trazados por el significante. Sinatra (1995) dice por eso que el adicto no cree en el Otro, sólo lo necesita para abastecerse del tóxico; esto es: no quiere otra cosa fuera del goce de su propio cuerpo.

Ahora, si como veíamos, el aparato psíquico intenta encontrar un objeto perdido, irrecuperable, esta pérdida indica que algo le falta al sujeto. Ese algo imposible de alcanzar es lo que incita el deseo; objeto causa del deseo que se desvanece a medida que se le busca. Estamos entonces ante un sujeto en falta, carenciado, incompleto. Frente a esta carencia, la droga viene a ocupar el lugar de supuesto objeto colmador; lo que hace la adicción es entonces paliar el dolor de una "abstinencia" que le precede. Puede decirse, por tanto, que primero es la abstinencia y luego la droga. "No es la adicción a las drogas la que produce, ante su falta, la abstinencia, sino que es la abstinencia como falta estructural […], la que produce necesariamente un objeto adictivo como suplencia" (López, op. cit: 63). Desde esta perspectiva, la abstinencia sería un efecto de la estructura de todo sujeto que, a partir de su pasaje por la castración, vive en estado de falta, no pudiendo encontrar más que objetos sustitutos o "transicionales" que lo protejan del dolor de la privación. El estado de abstinencia le es connatural al sujeto, por cuanto tiene que ver con la vida misma. Y más todavía: es la falta lo que constituye al sujeto. Por eso, la adicción estaría caracterizada por su rechazo al sufrimiento, más que como logro de la satisfacción.

De la afirmación de Le Poulichet acerca de que la *operación del pharmakon* –cuya consumación es condición indispensable para que haya adicción– se desenvuelve al margen del principio que reglamenta el orden del

lenguaje, podemos extraer una prueba más de que las adicciones constituyen un trastorno del lenguaje. Vemos, pues, cómo en ellas el cuerpo parece escapar a toda dimensión simbólica, en la medida en que deja de ser elaborado dentro de las cadenas significantes. Desde ese momento, se produce un exceso de cuerpo dentro de una dimensión alucinatoria; en tanto alucinado, ese cuerpo pertenece al orden de lo real. En un afán por tratar a su cuerpo como si fuera un órgano, el adicto reclama para sí la total pertenencia de ese cuerpo. Disponer de su propio cuerpo de esta manera, acarrea un efecto de desubjetivación, como si al pretender hacer con él lo que quiera, se aboliera al mismo tiempo como sujeto, haciéndose así víctima de su propio cuerpo. Por eso, a decir de Le Poulichet, la ***operación del pharmakon*** realiza una particular suspensión del sujeto porque lo coloca en un dispositivo que lo anula.

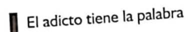
Como se observa, los lazos simbólicos con el mundo se encuentran seriamente dañados. Nos hallamos, entonces, en presencia de un estrechamiento del registro simbólico. Pero, ¿qué es lo que falta en lo simbólico como para que se produzca un exceso en lo real? Lo que está ausente en lo simbólico es la dimensión de la representación, que es esencialmente significante.

En los trastornos adictivos es notoria la dificultad e incluso la imposibilidad de tramitación simbólica, lo que equivale a decir que todo el aparato de "representación" se encuentra afectado, en cortocircuito. Resumiendo: pensar las adicciones como trastornos del lenguaje, implica entender que hay un trastorno de la relación primaria con el Otro. Las adicciones suplen un desfallecimiento del Otro en tanto tercero; suplen sin cesar la claudicación, la insuficiencia de una instancia simbólica. Estrictamente hablando, en la droga no hay Otro. Cuando Geberovich (op. cit.) dice que la adicción evoluciona hacia la destrucción del lenguaje justamente se refiere a esto mismo. Y es que la droga ha preservado al adicto del lenguaje; lo ha vuelto invisible, impenetrable, inescrutable al lenguaje.

Siguiendo esta línea, Maldavsky (1992) hará referencia a este desplazamiento propio de la adicción que arrastra al sujeto de las representaciones hacia las sensaciones: forma de percepción sin conciencia donde imperan las cantidades. Movimiento de desmetaforización o de "metaforización autófaga" que designa el desencadenamiento de un proceso del actuar y

de incorporación realista, tóxica, donde la droga destruye y "devora"; torna irrisorios el lenguaje y el pensamiento, los fagocita en toda su literalidad. Si la droga destruye el lenguaje es porque efectúa un proceso de desinvestidura y suspensión del pensamiento, indicando con ello el tránsito de la representación a la sensación. Y es eso justamente lo que ubica a la adicción del lado del dolor más que del displacer: mientras que en el primero se trata de una efracción donde la sensación impera sobre la representación, en el segundo ocurre a la inversa: la representación prevalece sobre la sensación. Pero la especificidad del dolor traumático (psíquico) está dada no sólo por la intensidad extraordinaria que irrumpe haciendo efracción, sino por la imposibilidad de representación del objeto, que se encuentra ausente mas no perdido. En tanto perdido, el objeto es "figurable" como representación, no así el objeto ausente. Porque ¿cómo poder representarse aquello que nunca estuvo, que nunca se constituyó como perdido? De ahí que el dolor sea el agujero hemorrágico por el que las representaciones se filtran, se desbordan. A eso se debe también que el dolor, como experiencia de ruptura hacia lo irrepresentable psíquico, pase a ser el fenómeno específico del trauma. Es la ausencia de ese objeto lo que convoca a una búsqueda "nostálgica" repetitiva, reanimada en todo momento por el espejismo-droga que estará cada vez más lejos de la representación originaria. La adicción sería entonces el lugar de la ausencia, fuente de dolor, y el adicto aquel que se abisma en los "agujeros" del dolor psíquico formados por irrepresentables traumáticos. Si en la adicción el objeto está ausente y no perdido, el dolor no puede ser tramitado por la mecánica del duelo, por lo que "agujero" se coloca aquí como radicalmente opuesto a "pérdida".

En la medida en que el adicto milita activamente por la destrucción del lenguaje, refrenda el proceso de desmetaforización que lo lleva al vértigo de la repetición en espiral, misma que se ve puntuada por dos factores que, aunque pertenecientes a órdenes distintos, están íntimamente ligados: las exigencias del narcisismo y los imperativos de la fisiología; lo que implica el reconocimiento de que, en tanto agente químico, la droga posee efectos sobre el organismo. Efectos fisiológicos cuya realidad, dice Geberovich, es indiscutible, aun cuando ciertos psicoanalistas hayan preferido pasarla por alto.



Sed de absoluto

Para hacer converger las dos tesis metapsicológicas aquí desarrolladas (la de la memoria/amnesia y la de la adicción como un trastorno del lenguaje) apelaremos al término "flash", palabra con valor de metáfora que evoca una experiencia iniciática referida, según acota González (1999), a un goce intensísimo, autoerótico, sin zona erógena implicada, sin conexión con otro. Se trata, por tanto, de un erotismo intraorgánico, vuelto tóxico al no tener con quién ligarse. "En efecto, el 'primer' flash, que no es necesariamente el primero en fecha, se yergue como recuerdo de un placer imborrable, como una forma de absoluto, marca de placer. Es una huella indeleble y traumática que puede ser desinvestida si la toxicomanía evoluciona hacia una resolución afortunada, pero cuya represión es imposible" (Geberovich, op. cit: 74). ¿Se tratará acaso de la primera experiencia de satisfacción que en vano se busca volver a encontrar? Veámoslo más de cerca: si el "flash" se inscribe como sobreimpresión de una huella mnémica indeleble es porque se sitúa en el lugar de la representación originaria, sobre el agujero representativo del dolor psíquico. Es decir, se inscribe como sucedáneo de la representación, pero por el lado de la sensación y de la intensidad. Sería un recuerdo fabricado de un placer imborrable que sólo podrá ser evocado "nostálgicamente" y recreado, no por la memoria, sino mediante un acto repetitivo. Ante la imposibilidad de la rememoración lo que se impone es la compulsión. Es entonces cuando la representación se disipa, se erosiona, se esfuma en favor de la intensidad dolorosa y la efracción traumática, lo que equivale a decir que la intensidad sustituye a la representación.

A partir de la repetición y de la búsqueda de ese placer ideal inscrito en la memoria, el adicto se verá lanzado a llegar siempre más lejos en la transgresión. Cuando encuentre la droga se convertirá en Dios y encontrará lo que Olievenstein da en llamar la "luna de miel de la droga". Dice este autor: "La dependencia específica del hombre comienza aquí; el recuerdo del placer no es más que una forma degradada, ya sustitutiva" (Olievenstein, 1998: 11). El trágico proceso descrito por Geberovich se vislumbra en Olievenstein: "Un muchacho que se droga es un ser que si bien siente, no tras la primera inyección pero sí tras una de las primeras, la revelación

de un goce extraordinario superior al que experimentaría en una experiencia sexual, no es todavía lo más importante: la rememoración embellecida de ese placer. Vivirá para volver a inyectarse, con el fin de reencontrar el éxtasis original a través del recuerdo deslumbrante que de él habrá construido. Tres, seis, diez veces quizás, y lo logrará. Luego el placer irá desdibujándose, y necesitará aumentar la dosis. Pero no volverá jamás a encontrar la felicidad de las primeras veces cuya rememoración obsesionante se agrandará al filo de los fracasos..." (Olievenstein, 1977: 227 y 228). La característica del flash es que la vivencia es tan fantástica que el recuerdo estará constantemente ahí, inmediatamente accesible y realizable con una nueva inyección, al menos en la creencia del adicto.

El "flash", esa sensación inmediata de placer instantáneo al inyectarse el producto en las venas, es –a decir de Olievenstein– una experiencia perturbadora y nueva, vivida bajo el signo del choque, de la emoción, de la sensualidad, del placer o del dolor. Esa sustancia que se introduce en las venas se vuelve "la" cosa que explota en el cuerpo y en la mente, que engendra una ráfaga fulgurante, erótica, de placer. El "flash" es, de hecho, comparable con el trauma en tanto que irrumpe, hace efracción, no es subjetivable y produce energía no ligada. Por cierto: "flash" significa en inglés "relámpago", y efectivamente podemos equiparar la violencia producida por el "flash" con la de un relámpago. Recordemos una vez más lo que dice Freud en el "Proyecto": "el dolor deja como secuela en psi unas facilitaciones duraderas, como traspasadas por el rayo". Pero, si el "flash" no es representación ¿qué es pues? Geberovich lo dice con todas sus letras: es memoria amnésica e intensidad anestésica. A esa misma conclusión llegará Le Poulichet cuando dilucide el mecanismo de la "supresión tóxica" del dolor y haga notar la manera en que el *montaje* de la adicción sostiene una forma de amnesia, en la cual la elaboración de las representaciones queda detenida, congelada. Fiel a la intuición freudiana de que el dolor podía experimentar una "cancelación tóxica", Geberovich señaló también que la droga realiza la supresión tóxica del dolor psíquico, ubicando el tema del dolor como genuino punto de convergencia clínica de la adicción.

Dando un paso más allá, Milner no habla de la droga sólo como de un anestésico que actúa de modo más o menos específico sobre el dolor, sino

Scanned by CamScanner

que esboza y define el carácter específico del placer en el adicto comparándolo con el acto sexual: "[…] Algo de esencial –escribía quien, dicho sea de paso, fuera tomada en tratamiento por Lacan– diferencia el placer del 'flash' del orgasmo. El orgasmo es una puesta en suspenso, un silencio, una ruptura inscrita en la vida, pequeña muerte según un término que no pertenece solamente a la poesía, y él obra sobre el retorno a la continuidad de la existencia, marcada por la necesidad de un nuevo comienzo del placer y de los fantasmas que permanecen imaginarios. El 'flash' no es satisfacción en el desvanecimiento, está orientado hacia otra cosa: los jóvenes lo llaman 'el planeta', con un nombre que marca bien su carácter de extrañamiento en relación con la realidad, lejano, ya que es su universo personal el que cada uno encuentra ahí" (Milner, 1971: 27).

Ahora bien, así como hay un antes y un después del trauma, hay un antes y un después de la droga: el "flash" crea una dinámica psíquica nueva, por lo que puede conceptualizarse como una tentativa de control, actuado sobre lo real del trauma; esto es, sobre lo real de lo traumático no metabolizable, no representable. ¿Y qué otra cosa más irrepresentable que la muerte? En efecto, el adicto pretendería poder gozar de la muerte y salir de ella vivo; pero lo que se pone de manifiesto en este intento por vencer a la muerte es el colapso de la función representativa. ¿Se tratará acaso del mismo agujero en la red de representaciones al que alude Freud en el "Manuscrito G"? Asistimos así al fracaso, a la destrucción del principio de placer –y de lo representable–, que da lugar a ese *más allá* conocido como *goce*. Y es en estos términos que debe ser entendida la adicción, misma que constituye, ni más ni menos, la vía regia para analizar metapsicológicamente el goce.

Y si lo real es lo traumático por excelencia se debe a que la palabra es incapaz de aprehenderlo, porque se sitúa ahí donde el significante resulta insuficiente. Ante la experiencia traumática, el sistema significante desfallece, claudica. Ese real traumático quedará entonces siempre segregado de las redes significantes, expulsado de lo simbólico para adherirse al cuerpo. Se trata de un excedente traumático que el significante no podrá dominar por completo. Gerber (1997: 115) dice por eso que "hay trauma cuando se produce el impacto del goce que invade y el sujeto no dispone del significante que opere como un dispositivo protector". A eso se debe también

que ante el fracaso de la función representativa, el adicto marque literalmente su cuerpo: cuerpo agujereado, carcomido, tatuado, cicatrizado que revela la ausencia de inscripciones psíquicas y de representaciones-palabra. Cuerpo-instrumento, superficie corporal atravesada que remite a esa otra superficie por la que se escurre la libido y se filtran las representaciones: agujero en la barrera representacional que tiene un efecto de hemorragia. Marca, agujero, cicatriz que deja un registro, aunque sea en el cuerpo. Surco cutáneo que se interpone para evitar el desangrado, la hemofilia psíquica. Último intento para la construcción de una forma de representación; afán del cuerpo de escapar a la sensación de aniquilamiento. Ahora bien, ese registro hecho por el cuerpo se vivirá como angustia puesto que resignifica la primera experiencia de angustia que quedó como memoria de algo irrepresentable e innombrable. Cuerpo-testigo, cuerpo-memoria, cuerpo-registro. Como señala De la Parra (2004), el cuerpo actúa como la memoria de esa sensación intolerable de angustia; sensación que puede concebirse como la huella original marcada en el cuerpo, como la forma más precaria de memoria. Esto quiere decir entonces que, ante la incapacidad para lograr alguna representación psíquica, el adicto propone su cuerpo para la inscripción física: la escritura corporal (grabado epidérmico) se utiliza como vehículo de representación. La carne se ofrece como lienzo o papiro para hacer una inscripción allí donde impera el silencio. Convertido en territorio de resistencia, el cuerpo se erige entonces como el último bastión contra la desintegración psíquica. Lacerar la carne, pigmentar la piel es la única manera de desviar el dolor interno hacia fuera. Este esfuerzo de escritura constituye en sí mismo un intento para apresar la historia y detener el olvido.

Françoise Dolto (1988), quien confesaba carecer de toda experiencia en lo tocante a las adicciones, afirma que el adicto ya no tiene los medios sensoriales para percibir. El sujeto está disperso, extraviado, hundido. Ha perdido el poder evocador de las palabras. "Abandono del lenguaje hablado, mímica casi muda". No le queda siquiera un recuerdo. La droga ya no es reconfortante ni protectora para él. La psicoanalista francesa se pregunta entonces si no sería en la pérdida misma del placer, del perdido bienestar de respirar, que la sorpresa del primer "flash" revelador devuelve por un momento el goce perdido. Se plantea también la interrogante de

si ese goce sin órgano de los sentidos despiertos y sin tactilidad que aporta la primera dosis reveladora, no sería un imaginario volver a vivir la sensación del feto que despliega sus pulmones al superar la prueba asfixiante de los últimos minutos de vida intrauterina antes de salir de la placenta. Esa aspiración gozosa que secunda al inminente riesgo de asfixia, ¿no es acaso –vuelve a cuestionarse– lo que busca el adicto como renovada vivencia de ese instante orgásmico que inicia al neonato en la vida? Orgasmo primordial, todavía sin sujeto. Infiere así que lo que se reactualiza en la vivencia del "flash", lo que se busca en la sobredosis, es la madre, objeto perdido para siempre.

Para esta autora, es sólo a partir de la culminación de un trabajo de duelo que implique el reconocimiento de que el "flash" está desprovisto de cualquier magia, que el adicto está en condiciones de pedir ayuda para desintoxicarse. Duelo por la pérdida de un acto reiterativo, solitario, decepcionante como es el cumplimiento de una necesidad que ya no aporta sino un goce rutinario. Es por eso que la privación del tóxico, según su criterio (inducido por la lectura del trabajo de Vera Ocampo), no debe preceder a la cura, pues es habiendo recuperado como sujeto su deseo, habiendo encontrado una nueva verdad, la suya propia, que puede someterse a un proceso de desintoxicación (mismo que constituye tan sólo un momento de la cura). De ahí que diga que "sólo un trabajo psicoanalítico auténtico puede curar 'verdaderamente' a un toxicómano y hacer de él un ser plenamente viviente que, liberado de la necesidad farmacoquímica de la droga, no tenga ya ni deseo ni nostalgia de ella" (Dolto, op. cit: 17).

En "Historia de la mentira", conferencia dictada en Buenos Aires en 1995 y publicada luego en español, Derrida plantea un texto cuya intención es la de escribir una historia de la mentira y trazar una genealogía deconstructiva del mismo concepto; genealogía que resulta necesaria para acceder a la memoria y asumir la responsabilidad de la verdad. Un concepto interesante que parece abrir la puerta a estas cuestiones es aquel de *archivo*. En su texto, Derrida hace ostensible la oposición entre la mentira política *tradicional* y la reescritura *moderna* de la historia, lo que otorga un nuevo estatus a la imagen (que ya no es escondida ni mantenida oculta o en secreto sino borrada, destruida y sustituida por otra). La imagen, entonces, desaparece para siempre en un acto que parece ser el de borrarla para escribir encima. "Por eso –dice él– la imagen-sustituto ya no remite más a un original, ni siquiera a un original representado ventajosamente, sino que lo reemplaza ventajosamente pasando del estatus de representante al de reemplazante, el proceso de la mentira moderna ya no sería la disimulación que enmascara la verdad sino la destrucción de la realidad o del archivo original". Aniquilar los archivos o negar su apertura implica, por tanto, no asumir la memoria; y no asumirla es atentar contra la verdad de la historia. Esta dimensión del archivo como memoria escrita es puesta de manifiesto por Morales: "El archivo hace de la memoria documento, [...] es la escritura de la historia. El archivo es fundamentalmente un acto de impresión, es decir, de escritura; por ello, tiene que ver directamente con la tipografía, con las marcas, los trazos, los borrones y las letras. El archivo es la topología de la escritura histórica" (Morales, op. cit: 22 y 23). Recuérdese que una de las acepciones de la palabra droga es precisamente la de embuste, ardid, engaño, charlatanería, mentira. Si los archivos están íntimamente ligados a la preservación de la memoria es porque intentan dar constancia de la vida; la droga operaría en sentido inverso: en tanto mentira, es lo que hace a la imagen borrada, al archivo muerto, a la célula sufriente, a la memoria olvidada, a la palabra muda, a la representación ausente. Y en su aniquilamiento radical, arrasa con la materialidad donde se escribe la historia: la del cuerpo humano.

Es así como Lacan, en "Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis" caracteriza al inconsciente como "ese capítulo de mi historia que está marcado por un blanco u ocupado por un embuste: es el capítulo censurado". Pero es posible encontrar la verdad en los monumentos del cuerpo (donde el síntoma se ofrece para ser descifrado a modo de inscripción, pues su estructura es la de un lenguaje), en los documentos de archivos (que son los recuerdos infantiles), en la tradición y en las leyendas que vehiculan la historia personal y, finalmente, en los rastros que conservan las distorsiones y adulteraciones que se requieren para hacer conexión con los demás capítulos. Por eso las drogas (esos "sueros de la verdad") que adormecen la conciencia no pueden, por su forma enajenada, tener los mismos efectos que la interlocución psicoanalítica.

UN MUNDO SIN MEMORIA, SIN TIEMPO

En su espléndido relato "El inmortal", Borges describe una secreta ciudad donde la vida de los hombres era perdurable y sus moradores –conocidos como trogloditas– carecían del comercio de la palabra; extrañas criaturas de piel gris y menguada estatura que, además de no hablar, devoraban serpientes. Nefanda Ciudad de los Inmortales, tan horrible como eterna, donde el tiempo se había detenido y la memoria cedía paso al olvido. Atinadamente, el poeta argentino se da cuenta de que si sus habitantes no llegaron a la palabra, mucho menos habrían de arribar a la escritura. Incapaz de reproducir e, incluso, de reconocer palabra alguna, la estirpe bestial de los trogloditas se mantenía del todo ajena al mundo del lenguaje. No había representaciones para ellos sino un vertiginoso y continuo juego de impresiones brevísimas, no susceptibles de plasmar su huella.

En el acto de drogarse se interrumpe también la marcha del tiempo; durante ese momento, el tiempo suspende su andar. Efectivamente el tiempo se acaba, se extingue ("el interés por el tiempo casi se reduce a cero", va a decir Huxley en *Las puertas de la percepción*).

Desde Freud sabemos que el punto de partida para la representación del tiempo es la discontinuidad, el corte, la separación. Si el "cronométrico Funes" es capaz de percibirlo todo es porque en su inconsciente no se lleva a cabo la selección que hace que solamente algunos de los contenidos sean sensibles a la estimulación. Al igual que el padre del psicoanálisis, Huxley está de acuerdo con la idea de que la función del cerebro, el sistema nervioso, el aparato psíquico y los órganos sensoriales es principalmente *eliminativa*. Citémoslo: "La función del cerebro y del sistema nervioso es protegernos, impedir que quedemos abrumados y confundidos por esta masa de conocimientos en gran parte inútiles y sin importancia, dejando fuera la mayor parte de lo que de otro modo percibiríamos o recordaríamos en cualquier momento y admitiendo únicamente la muy reducida y especial selección que tiene probabilidades de sernos prácticamente útil" (Huxley, 1954: 28). De conformidad con esta teoría, las drogas son una especie de válvula auxiliar o adicional que permite trampear a la válvula reducidora del cerebro y del sistema nervioso. Si bien la válvula auxiliar transitoria de la droga no suprime a la reducidora, al menos es

ción empieza, dice, como por descuido: uno cae dentro, se desliza, se tropieza con eso. Llega por un no-deseo. Luego sigue un periodo de felicidad y de búsqueda repetida del placer, una búsqueda recompensada positivamente (que bien podría llamarse de "coqueteo" o "enamoramiento"). El tiempo siguiente se da cuando el placer se vuelve negativo, que sirve para compensar un vacío y no para crear un encanto suplementario. ¿Qué viene después? El reloj de arena de la droga. Para ilustrar este momento, Sissa recurre de nueva cuenta a Burroughs, quien dice en *Yonqui*: "Cuando una persona se engancha, todo lo demás carece de importancia. La vida queda enfocada hacia la droga, un pico y a esperar el siguiente, todo está lleno de 'material' y 'recetas', 'agujas' y 'cuentagotas'. A veces el adicto cree que lleva una vida normal y que la droga es algo accidental. No se da cuenta de que las actividades que no tienen que ver con la droga las realiza como un autómata. Hasta que su fuente de suministro no se corta, no se da cuenta de lo que la droga significa para él" (Burroughs, op. cit: 51). Es justamente a lo que se refiere el escritor norteamericano cuando habla de la "ecuación de la droga": "¿qué hace que alguien se convierta en drogadicto? La respuesta es que, normalmente, nadie se propone convertirse en drogadicto. Nadie se despierta una mañana y decide serlo. [...] La mayor parte de los adictos [...] no empezaron a consumir drogas por ninguna razón en concreto. [...] Nadie decide convertirse en yonqui. Una mañana se levanta sintiéndose muy mal y se da cuenta de que lo es" (Burroughs, op. cit: 20 y 21). ¿Por qué alguien *necesita* administrarse drogas? "Necesito droga para levantarme de la cama por la mañana, para afeitarme y para desayunar. La necesito para seguir vivo" (Burroughs, op. cit: 51). De ahí que para este literato, la droga actúe como una ley, como una regla algebraica. Sissa parece, empero, no escapar a esa trampa de aplicar leyes universales a los adictos –a pesar de conocer el texto de Le Poulichet–, puesto que cree en la omnipotencia de la sustancia.

El tiempo de la droga

En relación al "tiempo de la droga", Huxley dice, al relatar su experiencia con la mescalina, que sentía una indiferencia completa por el tiempo;

había mucho tiempo, tiempo de sobra, no importaba saber exactamente cuánto. "Hubiera podido, desde luego, recurrir a mi reloj, pero mi reloj, yo lo sabía, estaba en otro universo. Mi experiencia real había sido, y era todavía, la de una duración indefinida o, alternativamente, la de un perpetuo presente formado por una apocalipsis en continuo cambio" (Huxley, op. cit: 26). Para Benítez (op. cit.), el tiempo cobra también otras dimensiones: no existe ya la división entre pasado, presente y futuro: se vive en el Nunca, en la Tierra horrenda y deleitosa del Nunca.

Olievenstein hace igualmente referencia a esta relación particular con el tiempo. A su entender, el tiempo vivido por el adicto está situado en dos
niveles: el primero, marcado por el ritmo, el placer y la falta (la carencia),
el planeta (la excitación) y el descenso (la caída, la depresión); el segundo:
explosionado, molecularizado, plegado. Poéticamente hablando: "Un mu-
chacho o una chica que toman drogas acceden, en efecto, a un estallido
del tiempo, que experimenta fenómenos de aceleración y desaceleración
realmente increíbles. Un minuto parece durar una fracción de segundo o,
inversamente, un año entero. El drogado, en un soplo, puede tener un
recuerdo fulgurante de toda su vida y de los fantasmas que la gobiernan y
descubrir en una especie de explosión todo lo que un psicoanálisis de va-
rios años habría puesto al día laboriosamente. Pero por otra parte, suce-
derle el escuchar el tic-tac de un reloj, oír al infinito disminuir la marcha,
el languidecer sobre los siglos..." (Olievenstein, 1977: 228). Y más ade-
lante: "[...] el que consume una droga desemboca en un tiempo inaudito
que recorre a velocidades cuya variabilidad puede parecer impensable. Bajo
los efectos de la heroína, se vive en un capullo de agua cálida, como si se
estuviera en el útero de la madre. Con el LSD o las anfetaminas, se navega
por espacios interestelares, se envuelve en una sola mirada nuestro naci-
miento y nuestra muerte, todo el pasado desfila en una visión panorámica.
Coexisten constantemente la máxima velocidad y la máxima lentitud y se
entrechocan, fundiéndose" (Olievenstein, op. cit: 280). Es porque la vida
de un adicto consiste en una serie de instantes, vividos cada uno de ellos
a velocidades diferentes, que una de las tareas analíticas es la de restablecer
poco a poco la función del tiempo. Vetere (op. cit.) considera necesario
también introducir la dimensión temporal en el discurso del paciente,
como un modo de inclusión de la falta, en tanto diferencia.

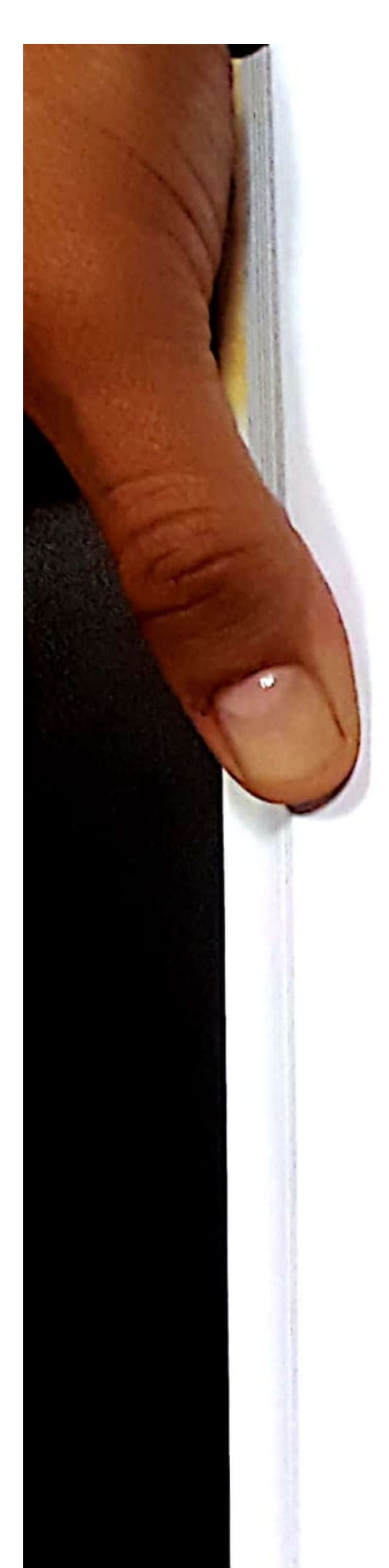
Y, para terminar, haremos nuestras las palabras de Staude (2006), que enuncia así el objetivo de una clínica posible de las adicciones: "cómo recuperar algo del cuerpo en la palabra que implique una destinación diferente de un goce más allá de la formación alucinatoria en el que quedó atrapado, rompiendo el acople imaginario y real que constituye la fijeza de un goce mortífero. Una destinación diferente que pretendemos abrir en la escena del análisis para ser vivida en los destinos del goce y en la trama de las relaciones sociales. Esto implica abrir el espacio a una subjetividad posible, que es también la apertura a otro tiempo o del tiempo, ahí donde todo estaba dispuesto a anularlo por efecto del estasis libidinal [...]" (Staude, 2006: 94).

Capítulo VII

Conclusiones

Nos ha sido posible realizar una articulación entre psicoanálisis y psicofarmacología, tomando como principal punto de ensamble el "Proyecto de psicología", texto-bisagra en el que su autor inicia un viraje de la neurología al psicoanálisis. Es además en ese trabajo donde, sin saberlo, Freud nos proporciona la clave para entender y aprehender desde el punto de vista económico la problemática adictiva, aunque ya desde 1884, los *Escritos sobre la cocaína* daban cuenta del funcionamiento psíquico en términos de aumento y disminución de cantidades de tensión, lo que no deja de constituir un primer modelo económico del mismo.

Freud merece ser contado entre los pioneros de la psicofarmacología no sólo por la importancia que reviste su introducción de una metodología sistemática y científica en el estudio de las sustancias psicoactivas sino por la función anestésica que asigna a la cocaína sobre las afecciones dolorosas, lo cual lo pone sobre la pista de uno de los modos de operar del *pharma-*



kon: la "cancelación tóxica" del dolor. Además, como investigador del sistema nervioso, Freud pudo despejar el camino para los futuros desarrollos científicos –específicamente respecto a los de la neuroquímica– que habrían de tener su auge en el siglo precedente. Prueba de ello son los cada vez más numerosos grupos de científicos dispuestos a conciliar la neurología y el psicoanálisis (considerados con frecuencia campos antagónicos) dentro de una teoría unificada. Tal es el caso de Eric R. Kandel, de la Universidad de Columbia, premiado el año 2000 con el Nobel de medicina, quien concluyó que "acerca de la mente, no hay todavía concepción más coherente e intelectualmente satisfactoria que el psicoanálisis" (citado en Solms, 2006). Estas recientes tentativas de conjuntar diversos descubrimientos neurológicos van conformando una concepción química de la mente que revalida el esquema general propuesto por Freud hace más de un siglo. Hoy en día los neurólogos están encontrando pruebas que avalan algunas de las teorías desarrolladas por el creador del psicoanálisis, pues consideran que la cartografía neurológica actual tiene bastante correlación, en líneas generales, con la concepción freudiana del aparato psíquico. Al igual que Freud, estos neurocientíficos no ven razón alguna para que haya una oposición entre el psicoanálisis y la psicofarmacología.

Como puede deducirse del rastreo genealógico hecho a través de la historia y la evolución de las teorías psicodinámicas sobre adicciones, aun cuando Freud y sus primeros discípulos intentaran describir la personalidad del alcohólico evocando esencialmente el carácter oral, primario y narcisista de esas conductas, los enfoques psicoanalíticos ulteriores harían uso del sistema conceptual freudiano para enriquecerlo y complejizarlo cada vez más. Es sólo bajo esta perspectiva que debe entenderse lo sostenido por Elizondo (1983: 158); de lo contrario se corre el riesgo de caer en generalizaciones simplistas y esquemáticas:

> Hay que dejar bien asentado que actualmente está totalmente superado el modelo psicodinámico, utilizado tradicionalmente por el psicoanálisis. Dicho modelo, reduccionista y unitario, daba al alcoholismo la categoría de síntoma, el cual era el substratum de una detención en el desarrollo de la personalidad, como consecuencia de perturbaciones y carencias emocionales tempranas. Dicho modelo presuponía que la

cable a todos los casos. Según una interpretación psicodinámica como esta, podría decirse sin dificultades que beber de manera compulsiva constituye una forma de autoaniquilamiento, de suicidio paulatino para los sujetos que perciben un entorno rechazante, hostil y frustrante. En ese sentido cobraría validez la sentencia emitida por Elizondo (2000: 44) en relación a que: "El modelo psicológico aislado, en especial el que se maneja dentro del marco psicoanalítico, resulta reduccionista, limitado e incompleto. Esto se debe a que el modelo psicodinámico presupone que la conducta de dependencia desaparecece una vez que, a través de la terapia psicoanalítica, el sujeto logre madurar o resolver sus conflictos neuróticos". El problema estaría en considerar que *todos* los psicoanálisis siguen manteniendo hoy en día este tipo de ideas, por lo que formular una aseveración tal implicaría un reduccionismo mayor o igual que el que se quiere señalar.

En este afán extremista, ha habido autores (*v. gr.* Selser, 1983) que han intentado incluso aplicar los elementos teóricos del psicoanálisis al estudio del contenido de los anuncios publicitarios de bebidas alcohólicas, suponiendo que la publicidad actúa deliberadamente dirigiendo sus mensajes al inconsciente del consumidor, siendo así una especie de "publicidad subliminal" la que se encargaría de influir sobre los deseos y fantasías inconscientes del futuro comprador. Resulta evidente en este caso la confusión entre *inconsciente* y *subconsciente*, misma que fue salvada por Freud en varios de sus escritos al poner de manifiesto que no existe una "segunda conciencia" que se hallaría por debajo de la conciencia, sino actos psíquicos carentes de conciencia. Si Freud rechaza el término *subconsciente* es porque lo considera "incorrecto y descaminado"; sólo la palabra *inconsciente* es capaz de designar, por la negación que contiene, la escisión tópica entre dos territorios psíquicos y la distinción cualitativa de los procesos en él desarrollados (Laplanche y Pontalis, 1967).

En este mismo error incurren los autores (*v. gr.* Elizondo, 2005) que hacen uso de la metáfora del iceberg para dar cuenta de las motivaciones inconscientes de la conducta humana; figura según la cual las motivaciones conscientes de nuestra conducta corresponden a la porción visible del inmenso bloque de hielo que flota en el mar, mientras que las motivaciones inconscientes corresponden a la parte sumergida y es muchísimo más

grande que la que emerge. Las técnicas psicoterapéuticas tendrían por objetivo, de acuerdo con esta idea, derrumbar, destruir o quebrar los mecanismos inconscientes de defensa destinados a proteger al yo. Si bien es cierto que el propio psicoanálisis ha tratado de elaborar un modelo de la polarización del aparato psíquico en dos regiones: consciente e inconsciente, es importante hacer notar que esta idea de un aparato psíquico que se polariza resulta bastante esquemática e insuficiente, ya que da a entender que las localidades psíquicas son equiparables a cajas o compartimientos cerrados por completo independientes el uno del otro. Cuando en realidad lo que sucede es que la línea fronteriza que divide los distintos sistemas (inconsciente, preconsciente, consciente) e instancias (ello, yo, superyó) no está del todo bien delimitada. Freud mismo señala que los dominios del ello se extienden hasta las inmediaciones del yo y del superyó. Resulta, por tanto, muy difícil pensar en un aparato dividido en dos partes polarizadas.

Aun así, ciertos psiquiatras o terapeutas "psicoanalíticamente orientados" se han empeñado en buscar las razones profundas de los defectos de carácter, así como las causas inconscientes que motivan la conducta de los enfermos adictos. Para conseguir que éstos puedan crecer emocionalmente y, de ese modo, alcanzar la madurez, la misión que el terapeuta se impone consiste en rescatar del pasado las relaciones infantiles de objeto del paciente para situarlas en la realidad actual (o sea, en el aquí y ahora de la transferencia-contratransferencia) venciendo la resistencia para hacer consciente lo inconsciente. Es así como, a partir de este simplificado esquema de la relación analítica, "el analista se convierte [...] en un objeto externo al cual el paciente transferirá toda su experiencia infantil de relación" (Barriguete, 1974: 24). Y todavía más: "El analista durante el proceso terapéutico muestra a su paciente cómo se sitúa en ambientes que no constituyen sino repeticiones de su pasado. Le muestra también, de qué manera deforma la realidad externa para adaptarla a sus infantiles mecanismos de relación, esta deformación, se la enseña en la relación transferencial" (Barriguete, op.cit: 28). En pocas palabras, en estos intentos de ayudar a madurar la apercepción objetiva externa (entendida como la serie de operaciones yoicas que nos permiten dar cuenta de la realidad externa) para acercarla al juicio de realidad, el psicoanálisis deja

de ser lo que es para convertirse en un proceso de aleccionamiento. Sorprende que incluso un autor como Kalina llegue a decir que "la tarea del psicoanalista es psicoanalizar, es decir hacer consciente lo inconsciente en la amplitud más total que sea posible y esto es una forma de adoctrinamiento en el más puro sentido de la palabra" (Kalina, 1974: 14).

Por eso creemos que, más allá de pretender ofrecer "explicaciones" sobre la psicodinamia de los patrones conductuales que comúnmente exhiben los adictos, el psicoanálisis tendría que replantear sus propios fundamentos, pues todo empleo dogmático o estereotipado que se haga de los conceptos analíticos (que no preste atención a la *energética* de los procesos psíquicos y que no recurra a la potencia ficcional metapsicológica), se ve condenado por sí mismo a la esterilidad interpretativa. Seamos explícitos: nos referimos a los enfoques "dinámicos" encaminados al estudio y comprensión de las características de personalidad que subyacen a las conductas adictivas –consideradas como un síntoma derivado de las relaciones primarias defectuosas–, a partir de lo cual se proponen profundizar en el desarrollo de la "personalidad adictiva" y de las defensas caracterológicas involucradas para incidir terapéuticamente sobre ellas. Como hemos visto, esta perspectiva preconizada e impulsada por una buena cantidad de psicoanalistas los ha llevado a introducir, en el seno de la disciplina, etiquetas frecuentemente cargadas de connotaciones morales que hacen entrar al adicto en categorías clasificatorias.

En contraposición a esta teoría dinámica se encuentra el particular enfoque teórico aquí planteado, que comprende una teoría económica de la adicción estrechamente ligada al andamiaje metapsicológico freudiano. Horizonte que, una vez atravesado, nos permite constatar que en el origen está la excitación. O, para decirlo con otras palabras: lo económico precede a lo dinámico, motivo por el cual debe prestarse más –o por lo menos igual– atención a la vicisitud económica que a la dinámica. A decir de Assoun (1981), todo el problema de la epistemología freudiana se concentra en el debate existente entre el discurso energético y el discurso hermenéutico. En el terreno clínico se trataría de precisar el lugar que la sustancia ocupa en la economía subjetiva de quien la consume, así como de deducir cuál es la lógica que ese consumo adquiere en cada una de las estructuras clínicas,

en términos de un recurso particular al mismo. Y decimos "en cada una de las estructuras clínicas", puesto que ya quedó suficientemente aclarado que no hay una única estructura que dé cuenta de la adicción. Si algo es seguro es que las adicciones no descansan en ninguna estructura autónoma; como demuestra Bergeret (1998), los problemas adictivos, por muy nuevos y específicos que sean, no suponen, sin embargo, estructuras mentales nuevas. Una adicción (poco importa la forma clínica original) no puede aparecer más que sobre uno de los tipos de estructuras mentales descritas hace ya mucho tiempo en los sujetos no adictos.

A partir de seguir el sendero reflexivo abierto por Le Poulichet sobre el trabajo con pacientes adictos, no podemos menos que adherirnos a la exigencia planteada por ella de reinventar el dispositivo analítico para dar lugar a un campo nuevo, a saber: el de una clínica psicoanalítica de las adicciones, misma que tendría lugar sólo a partir de la instauración de una "escena" cuyo resorte fundamental sería el establecimiento de una relación transferencial. No obstante, la experiencia clínica se impone de nueva cuenta para demostrar que la especificidad del tratamiento de muchos pacientes adictos se funda precisamente en la dificultad para establecer una transferencia analítica, dado que en su mayoría estos pacientes eluden la demanda; hecho reflejado generalmente en el motivo por el cual acuden a tratamiento, mismo que en buena medida se relaciona con la angustia y la demanda de otro (se trata de pacientes que se presentan a la consulta presionados por la familia, condicionados por una instancia legal o por indicaciones médicas). El que no se presenten por sí mismos, imposibilita emprender una cura analítica con ellos, que, al no demandar, sólo lanzan el pedido de ser "despojados" de su adicción. De ahí que la frase "quiero que me cure" deba ser puesta en suspenso para extraer las implicaciones que esto tiene para el que habla.

Lo anterior conduce a pensar que, desde las primeras entrevistas con el analista, deba realizarse un trabajo con la demanda, para ubicar su función y elaborar el lugar propio que le corresponde en una relación verdaderamente analítica, lo cual supone un tiempo considerablemente mayor al requerido con otro tipo de pacientes. Acceder a la demanda implica entonces crear un síntoma, el cual se define por su articulación con el lenguaje. Se



trata, pues, de enfermar al adicto, de volverlo sintomático. Pero, ¿cómo lograr que alguien que ha tratado de impugnar la existencia del inconsciente se haga sujeto de un síntoma, sujeto del lenguaje… sujeto del inconsciente? La cuestión consiste simplemente, dice Freda, en hacerle amar, de un modo u otro, la palabra.